



## Sevrage tabagique

| Vos données                 |  |
|-----------------------------|--|
| Nom et prénom               |  |
| Adresse                     |  |
| Numéro de register national |  |
| Adresse E-mail              |  |

### A compléter par le pharmacien

Je soussigné(e) ..... , déclare qu'un médicament ou un substitut pour un sevrage tabagique a été acheté par le membre susmentionné

Nom du médicament : .....

Montent payé : .....

Date: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Cachet et signature :

Un remboursement est octroyé pour les médicaments de sevrage tabagique enregistrés auprès du SPF Santé publique en Belgique