



CONSENTEMENT DE PARTICIPATION (à remplir par le patient)

**Ce document est à conserver par le pharmacien.
La note d'information ci-jointe est à remettre au patient.**

Je, soussigné(e)

Nom du patient :

Prénom du patient :

Accepte, par la présente, de suivre les entretiens d'aide à l'arrêt du tabac proposés par mon pharmacien.

J'ai pris connaissance de la note d'information ci-jointe.

Signature du patient