

M/Mme:  
Pharmacie  
Adresse:  
Ville

A Mme La Présidente du  
Conseil Régional des  
Pharmaciens d'Officine du  
Sud.

**OBJET:** Avis d'absence

Mme la Présidente,

J'ai l'honneur de vous informer que je serai absent(e) de mon officine

Du ..... au .....

Conformément aux dispositions de la loi 17-04 portant code du  
Médicament et de la pharmacie, section IV, Art 123, se rapportant aux  
règles relatives aux remplacements, cette absence étant de moins d'un  
mois, mon confrère Mr / (ma consœur Mme) .....  
titulaire de la pharmacie ..... à .....  
Assurera mon remplacement.

Veillez agréer, Mme la Présidente, l'assurance de mon profond respect.

Vu pour acceptation du remplacement.

Mr / (Mme)

Signé: