

ANNEXE 3
Bon de retrait

Logo de
l'exploitant
nucléaire


**LOREM IPSUM
DOLOR SIT**
*Liberté
Égalité
Fraternité*

Retrait de comprimés d'iode stable 2024

Merci de renseigner et signer ce coupon-réponse et de l'apporter à la pharmacie de votre choix (liste des pharmacies participantes disponible sur le site www.santé.fr) afin de percevoir les boîtes de comprimés d'iode stable.

Nom de l'établissement :

Nom / prénom du représentant de l'établissement :

Adresse :

Code postal [] [] [] [] Ville :

	Nombre de personnes	Nombre de boîtes à percevoir
Nombre de travailleurs présents en moyenne par jour dans l'établissement :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre de clients/usagers : (selon effectif déclaré ERP)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Total :	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Reçu le :

Signature :

Cachet de la pharmacie :

- J'autorise l'utilisation des données de ce bon pour établir un bilan statistique de la distribution 2024-2025.
 Je refuse l'utilisation des données de ce bon pour établir un bilan statistique de la distribution 2024-2025.

Ne pas jeter sur la voie publique