

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](http://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