

COMPLETER OU APPOSER UNE VIGNETTE

Nom & Prénom du bénéficiaire :

Organisme Assureur :

N° d'inscription :

TRAJET DEMARRAGE DIABETE

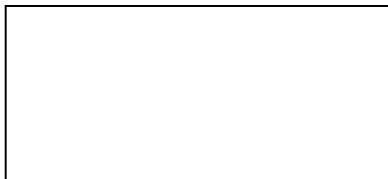
Education par un(e) pharmacien(ne)

-séance(s) d'éducation par un pharmacien(ne) de 30 minutes (1 à 3 séances max)

Type de séance :

- Individuelle

Cachet du prescripteur :



Date :

Signature :