

# FICHE D'INSCRIPTION

Nom : .....

Prénom : .....

N° sécurité sociale : .....

Adresse : .....

Tél. : .....

E-mail : .....

Déjà inscrit à la pharmacie :

Oui  Non

Si non, merci de nous fournir une attestation  
Sécurité Sociale + Mutuelle.

## LIVRAISON À DOMICILE

Sur inscription de LÈGE à CLAOUEY hors juillet / août

PHARMACIE DE LEGE . 29 avenue de la Mairie . 33950 Lège-Cap Ferret  
05 56 60 13 00 . [pharmaciedelege@gmail.com](mailto:pharmaciedelege@gmail.com)