

ORDRE DE PAIEMENT

Je soussigné(e),
titulaire de la pharmacie
sise à autorise

COPHASE* (* : Faire votre choix
LABOREX-SENEGAL* en cochant l'une des cases)
DUOPHARM*
SODIPHARM*

à prélever sur mon compte de remises commerciales et à reverser à l'Ordre des pharmaciens la somme de quatre-vingt mille (80.000) FCFA représentant ma cotisation à l'Ordre des pharmaciens pour l'année en cours, et, le cas échéant la somme de
..... (.....) FCFA
représentant mes arriérés de cotisation à l'Ordre pour l'(les) année(s) suivante(s)

Visa du grossiste	Signature et cachet du pharmacien
-------------------	-----------------------------------

Fait à le

Le pharmacien doit signer trois exemplaires et les faire viser par le grossiste avant le dépôt de l'exemplaire de l'Ordre à son secrétariat.