



Direction générale de la santé  
Service du pharmacien cantonal  
Rue Adrien-Lachenal 8  
1207 Genève

**Formulaire – signature pour la validation de la demande e-démarche**

Numéro AEL de la demande : .....

Nom de l'institution de santé : .....

Type de demande :

BPF     AMM Formule propre     Vaccination     VPC

Analyses médicales     Stupéfiants     Stockage du sang

Responsable de l'institution\* :

Coresponsable (*si applicable*) :

NOM : .....

NOM : .....

Prénom : .....

Prénom : .....

Profession : .....

Profession : .....

Le (ou les) soussigné(s) certifie(ent) avoir déposé la demande AEL susmentionnée.

Il (ils) certifie(ent) avoir pris connaissances des conditions générales, et s'engage(ent) à les respecter en attestant que les données transmises sont véridiques et complètes.

Lieu, date : .....

Signature du responsable : .....

Signature du coresponsable : .....  
(*si applicable*)

\* pour les stupéfiants : indiquer le nom du responsable de l'activité