



Addenda à l'Entente de collaboration professionnelle (pharmaciens)

Pour l'ajout ou le retrait de pharmaciens

Le présent addenda est ajouté à l'Entente de collaboration professionnelle (ECP) initialement signée le [date de l'entente initiale] _____ par [pharmacien requérant initial] _____ (ci-après, l'« Entente initiale »).

L'addenda a pour objet d'actualiser officiellement l'Entente initiale en ce qui concerne l'inclusion ou le retrait de pharmaciens.

1. Renseignements concernant l'ajout de pharmaciens

Pharmacien(s) à ajouter :

- Nom complet : _____
- Numéro de licence : _____
- Coordonnées :
 - N° de téléphone : _____
 - Adresse courriel : _____
- Date d'entrée en vigueur de l'ajout : _____
[Date à laquelle le pharmacien commencera à participer]

Champ d'exercice :

[Décrivez brièvement le rôle et les responsabilités du ou des nouveaux pharmaciens dans le cadre de la collaboration professionnelle, y compris leurs tâches exactes, les domaines de soins aux patients ou leurs responsabilités.]

Formation et études supplémentaires :

[Énumérez toute formation, étude ou attestation pertinente à la participation de ce pharmacien à la collaboration professionnelle.]

Nom du cours ou de la période de formation	Établissement ou emplacement	Date de début	Date d'achèvement	Spécialité (le cas échéant)

2. Renseignements concernant le retrait de pharmaciens

Pharmacien(s) à retirer :

- Nom complet : _____
- Numéro de licence : _____
- Date d'entrée en vigueur du retrait : [Date à laquelle le pharmacien cessera de participer] _____

Raison du retrait :

- [Décrivez, s'il y a lieu, la raison du retrait du pharmacien, comme un départ à la retraite, une démission, un changement de rôle ou d'autres raisons.]

3. Attestation

En apposant leur signature ci-dessous, toutes les parties acceptent les changements précisés dans le présent addenda, y compris l'ajout ou le retrait de pharmaciens, lesquels feront désormais partie de l'Entente initiale.

[Pharmacien requérant de l'entente initiale]

Nom : _____

Signature : _____

Date : _____

[Nom du pharmacien ajouté (le cas échéant)]

Signature : _____

Date : _____

[Nom du pharmacien retiré (le cas échéant)]

Signature : _____

Date : _____

4. Confirmation d'actualisation de l'Entente de collaboration professionnelle

Toutes les parties déclarent connaître et comprendre parfaitement leurs rôles et responsabilités en tant que parties à la présente Entente de collaboration professionnelle. Toutes les parties confirment par ailleurs que les modalités de l'Entente initiale demeurent inchangées, à l'exception des modifications énoncées dans le présent addenda.

Date d'entrée en vigueur de l'Entente actualisée : [Date] _____