

---

## ATTESTATION DE PRESENCE

### CMP - MOINS D'ANTIBIOTIQUES EN TOUTE SECURITE

---

**Identifiant d'admission de l'activité :** .....

**Dénomination de l'activité :** CMP « Moins d'antibiotiques en toute sécurité,

.....»

**Date de l'activité :** .....

**Nom de l'orateur.rice :** .....

**Nature de l'activité :** Live

**Domaine d'activité :** B

**Nombre de crédits attribués pour cette activité :** 4 points

- **Identité de l'organisateur**

Centre Universitaire de Médecine Générale  
Route de Lennik, 808 CP 612 – 1070 Bruxelles  
Contact : 0498 38 04 33  
[cmpinfo@ulb.be](mailto:cmpinfo@ulb.be)

- **Identité du pharmacien.ne** (à compléter par le participant)

Nom

Prénom

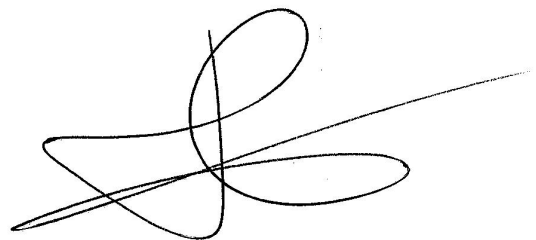
N° d'autorisation de la pharmacie

**Par la présente j'atteste que la personne susmentionnée a bien participé à l'activité citée.**

Date

Signature du représentant de l'organisateur

...../...../.....



Anne-Marie Offermans