

# PÉTITION

## JE VEUX QUE LES MÉDICAMENTS RESTENT EN PHARMACIE



La **sécurité des médicaments** est assurée **DANS** votre pharmacie, pas en grande surface.

**Votre santé** n'est pas un commerce !

**OUI** à la **proximité**, à la **disponibilité**, à la **confiance**.

## JE TIENS À MA PHARMACIE

Nom Prénom	Ville	Signature
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

Nom Prénom	Ville	Signature
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		