

1. Renseignements sur le fournisseur	2. Renseignements sur le travailleur
Nom de la pharmacie	Nom et prénom (selon l'acte de naissance)
Téléphone	Téléphone
Télécopieur	Date de naissance
N° de fournisseur	NAM

3. Documents à transmettre obligatoirement
<input type="checkbox"/> Facture <input type="checkbox"/> Copie de l'attestation médicale du travailleur <input type="checkbox"/> Copie de la prescription du médecin pour médicaments prophylactiques <input type="checkbox"/> Copie du formulaire <i>Réclamation du travailleur</i> , si disponible
Coordonnées de l'employeur
Commentaires :
Important : Préciser le nombre de pages, y compris celle-ci

4. Autorisation	
J'autorise la pharmacie : _____ à communiquer à la CNESST tout renseignement nécessaire au traitement de ma réclamation. À moins d'une révocation écrite de ma part, la présente autorisation demeure valide jusqu'à la fin du traitement de ma réclamation.	Signature du travailleur : _____ Date : _____

Les renseignements contenus dans la présente télécopie sont confidentiels et envoyés pour la seule et unique utilisation de la CNESST. Si vous avez reçu cette télécopie par erreur, veuillez en aviser immédiatement l'expéditeur et lui retourner le message original

N° télécopieur CNESST : 1 855 722-8081

Le sigle « CNESST » désigne la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail.