

Objet :  
*Vaccin anti-grippe*

Clermont-Ferrand, le 25 septembre 2023.

Madame, Monsieur,

Comme les années passées, dans le cadre de sa politique de prévention santé, APAMAR propose de vous rembourser le prix d'achat de votre vaccin anti-grippe.

Nous attirons votre attention de cette prise en charge se limite au coût d'un vaccin anti-grippe « classique » par injection et que l'acte de vaccination n'est pas pris en charge.

Merci de retourner au siège de l'association APAMAR, 16 Rue Jean Claret 63000 CLERMONT FERRAND, l'attestation jointe, complétée par votre pharmacien et/ou par la personne compétente qui effectuera le vaccin (médecin à l'occasion d'une visite à son cabinet, pharmacien,...).

**Merci de veiller à bien renseigner votre nom, prénom et date de naissance, sur l'attestation à nous retourner.**

**La date limite du retour de ce justificatif est fixée au 30 novembre 2023.**

Toute demande de remboursement qui sera adressée incomplète et/ou au-delà de cette date ne pourra plus être prise en compte.

Comptant sur votre compréhension, nous vous précisons que pour toute information complémentaire, vous pouvez contacter le 04.73.43.76.00.

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, nos salutations distinguées.

Mathilde GIOIOSA  
Responsable de Service

PJ –

## **ATTESTATION**

Attestation établie dans le cadre de la prise en charge du coût du vaccin *anti-grippe* par l'employeur :

***Association APAMAR  
16 Rue Jean Claret  
63000 CLERMONT FERRAND***

**Partie à compléter par votre pharmacien**

Vaccin *anti-grippe* acheté le :

Montant :

***Signature et cachet***

**Partie à compléter par le médecin, pharmacien ou toute personne compétente pour la réalisation du vaccin.**

Je soussigné(e), .....

Certifie que (NOM PRENOM).....

Date de naissance :.....

a été vacciné(e) contre la grippe ce jour.

***Signature et cachet***