

Objet :
Vaccin anti-grippe

Clermont-Ferrand, le 2 octobre 2024.

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 2024 :

- par courrier au siège de l'association APAMAR-16 rue Jean Claret-63000-CLERMONT-FERRAND, ou
- par mail à l'adresse : rh@apamar.fr

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

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