



FICHE PARTENAIRE – PHARMACIE

Racine Partagée – Partenariat officiel

Pharmacie partenaire : _____

Adresse : _____

Personne de contact : _____

- Fonction : _____

- Téléphone : _____

- Email : _____

Type de partenariat / don :

(exemple : dons de médicaments, financement de projets, soutien ponctuel...)

-
-
-
-

Engagements du partenaire :

- Respect des valeurs de Racine Partagée (solidarité, proximité, bienveillance).
- Contribution active aux projets de l'association.
- Adhésion à la charte éthique de Racine Partagée.

Engagements de l'association :

- Suivi transparent des dons et partenariats.
- Communication régulière sur l'impact et l'avancement des projets.
- Reconnaissance officielle du soutien du partenaire.
- Respect strict de la charte éthique de Racine Partagée.
- Acheminement sûr et organisé du matériel et des médicaments fournis.

Signature :

Pharmacie :

Date :

Racine Partagée :

Date :