**Instructions pour la vaccination en pharmacie :** remplacez les parenthèses surlignées par des informations personnalisées

**Objet :** Protégez votre santé- Faites-vous vacciner dans une pharmacie proche de chez vous !

Cher/Chère [NOM DE L'EMPLOYÉ],

Nous espérons que ce courriel vous trouvera bien. Dans le cadre de nos efforts continus pour donner la priorité à la santé et au bien-être de nos employés, nous avons le plaisir de vous informer de la possibilité de vous faire vacciner contre [MALADIE] dans une pharmacie proche de chez vous !

Nous savons que se faire vacciner est une étape essentielle pour préserver votre santé et celle de votre entourage. C'est pourquoi nous avons collaboré avec [NOM DE LA PHARMACIE LOCALE] pour vous permettre d'accéder facilement à [TYPE DE VACCIN].

**Détails :**

Lieu : [NOM DE LA PHARMACIE LOCALE]

Adresse : [ADRESSE DE LA PHARMACIE]

Coordonnées : [NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DE LA PHARMACIE / SITE WEB]

**Vaccins disponibles :** La pharmacie propose des vaccins autorisés [TYPE DE VACCIN] ; les vaccins ont été approuvés par les autorités sanitaires pour leur efficacité à prévenir [MALADIE] et à en réduire la gravité.

**Admissibilité :** Les vaccins sont disponibles pour toutes les personnes admissibles, conformément aux directives locales en matière de santé. Avant de commencer, veuillez vous assurer que vous pouvez recevoir le vaccin conformément aux dernières recommandations sanitaires.

**Prise de rendez-vous :** Pour prendre votre rendez-vous de vaccination à [NOM DE LA PHARMACIE LOCALE], veuillez suivre les étapes suivantes :

1. Visitez le [SITE WEB DE LA PHARMACIE] ou appelez le [NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DE LA PHARMACIE] pour vérifier la disponibilité des vaccins et réserver la date et l'heure de votre choix.
2. Au cours de la procédure de réservation, il se peut que l'on vous demande de fournir certaines informations personnelles et médicales. Soyez assuré que vos données seront traitées avec la plus grande confidentialité, dans le respect de toutes les lois et réglementations relatives à la protection de la vie privée.
3. Planifiez à l'avance : Tenez compte du temps nécessaire à la vaccination et des éventuelles périodes d'observation suggérées par la pharmacie.

**Couverture financière :** [NOM DE L'ENTREPRISE] se préoccupe beaucoup de votre santé et souhaite vous soutenir par tous les moyens possibles. Si vous avez des questions sur la couverture d'assurance ou les dépenses connexes, veuillez contacter la pharmacie ou notre équipe des ressources humaines pour obtenir de l'aide.

**Soutien et information :** Nous comprenons que vous puissiez avoir des questions ou des inquiétudes concernant le vaccin [TYPE DE VACCIN]. N'hésitez pas à en discuter avec les professionnels de santé de [NOM DE LA PHARMACIE LOCALE], qui peuvent vous fournir des informations précises et répondre à toutes vos questions.

N'oubliez pas que la vaccination ne vous protège pas seulement vous-même, mais qu'elle contribue également à la sécurité et au bien-être de l'ensemble de notre lieu de travail et de notre communauté.

i vous avez d'autres questions ou si vous avez besoin d'un soutien supplémentaire, n'hésitez pas à contacter notre équipe des ressources humaines à l'adresse [EMAIL / NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU CONTACT RH].

Nous vous remercions d'avoir pris l'initiative de donner la priorité à votre santé et à celle de votre entourage. Nous apprécions votre engagement continu à maintenir un environnement de travail sûr et sain.

Restez en sécurité et en bonne santé !

[Votre nom]

[Équipe RH]

[Nom de l'entreprise]

[Coordonnées : courriel/numéro de téléphone]