

**À RENOYER AVANT LE 31/01/2018**

> BP 21 44170 NOZAY  
> epupharm@gmail.com

## IDENTIFICATION DU PHARMACIEN

<b>NOM</b>	<input type="text"/>	<b>NOM DE NAISSANCE*</b>	<input type="text"/>
<b>PRÉNOM</b>	<input type="text"/>	<b>DATE DE NAISSANCE*</b>	<input type="text"/>
<b>N° RPPS*</b>	<input type="text"/>	<b>STATUT</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

\*obligatoire pour validation du DPC

Titulaire Adjoint Remplaçant Autre

## COORDONNÉES PROFESSIONNELLES

<b>NOM DE LA PHARMACIE*</b>	<input type="text"/>		
<b>N°, VOIE</b>	<input type="text"/>		
<b>VILLE</b>	<input type="text"/>	<b>CP</b>	<input type="text"/>
<b>MAIL PRO</b>	<input type="text"/>	<b>TEL PRO</b>	<input type="text"/>

## COORDONNÉES PERSONNELLES *(Pour adjoints/remplaçants)*

<b>N°, VOIE</b>	<input type="text"/>		
<b>VILLE</b>	<input type="text"/>	<b>CP</b>	<input type="text"/>
<b>MAIL PERSO</b>	<input type="text"/>	<b>TEL PERSO</b>	<input type="text"/>

En cochant cette case, je déclare avoir pris connaissances des CGV (cf [www.epupharm.com](http://www.epupharm.com))

## JOINDRE UN CHÈQUE DE COTISATION DE 160€ *(à l'ordre d'EPUPharm)*

<b>BANQUE</b>	<input type="text"/>	<b>N° CHÈQUE</b>	<input type="text"/>	<b>DATE</b>	<input type="text"/>
---------------	----------------------	------------------	----------------------	-------------	----------------------

Oui  Non

Voulez-vous valider votre obligation de DPC grâce à notre programme de formation «Interactions médicamenteuses» ?

\* Pour toute demande de renseignement, contactez-nous par mail ou à partir de notre site <http://www.epupharm.com>.

**SIGNATURE**