

À RENVoyer AVANT LE 12/01/2019

> BP 21 44170 NOZAY
> epupharm@gmail.com

IDENTIFICATION DU PHARMACIEN

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

*obligatoire pour validation du DPC

Titulaire Adjoint Remplaçant Autre

COORDONNÉES PROFESSIONNELLES

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

COORDONNÉES PERSONNELLES *(Pour adjoints/remplaçants)*

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

En cochant cette case, je déclare avoir pris connaissances des CGV (cf www.epupharm.com)

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

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

Oui Non

*Voulez-vous valider votre obligation de DPC
grâce à notre formation «INFARCTUS» ?*

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

SIGNATURE