

INSCRIPTION AU PROGRAMME DE FORMATION ANNÉE 2020

À RENVoyer AVANT LE 25/01/2020

> 9 bis rue du Marché Commun, CS 83393 44333 Nantes CEDEX 3
> epupharm@gmail.com
> Ou à rapporter au bureau de permanence Jeudi 16,
Lundi 20, Mardi 28 Janvier de 13h30 à 15h30

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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
			Titulaire Adjoint Remplaçant Autre

**obligatoire pour validation du DPC*

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"/>
--------	----------------------	-----------	----------------------	------	----------------------

Sous réserve de validation par l'ANDPC, voulez vous valider la partie «formation continue» du DPC avec la formation :

«PERTURBATEURS ENDOCRINIENS» et/ou «SEVRAGE ALCOOLIQUE ET TABAGIQUE»

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

SIGNATURE