

PRÉ-INSCRIPTION AU PROGRAMME DE FORMATION ANNÉE 2022

À RENVoyer AVANT LE 16/04/2022

- 9 bis, rue du Marché Commun, CS83393 44333 NANTES Cdx 3
- epupharm@gmail.com

Votre inscription sera validée **uniquement après réception** de ce formulaire de pré-inscription, de votre paiement et de la/des convention(s) de formation signée(s).

IDENTIFICATION DU PHARMACIEN

NOM		NOM DE NAISSANCE *	
PRÉNOM		DATE DE NAISSANCE *	
N° RPPS *		STATUT	<input type="checkbox"/> Titulaire <input type="checkbox"/> Adjoint ¹ <input type="checkbox"/> Remplaçant ¹ <input type="checkbox"/> Autre

¹ Précisez si vous financez vous-même votre parcours de formation (cochez la case adéquate) oui non

COORDONNÉES PROFESSIONNELLES

NOM DE LA PHARMACIE *			
N°, VOIE			
VILLE		CP	
MAIL PRO *		TEL PRO	

COORDONNÉES PERSONNELLES (Pour adjoints/remplaçants)*

N°, VOIE			
VILLE		CP	
MAIL PERSO		TEL PERSO	

Stagiaire en situation de handicap ? Si oui, quelles adaptations pédagogiques ou logistiques à prévoir ?	
--	--

S'inscrire à au moins 2 formations (cochez la case adéquate)

LES BIOMÉDICAMENTS ET LES MÉDICAMENTS BIOSIMILAIRES (DPC) ²	25/04/2022 F° S1 - 9h00-12h30 <i>Présentiel</i>		28/04/2022 F° S2 - 14h00-17h30 <i>Présentiel</i>	
LE MAL DE DOS	09/06/2022 F° S1 - 14h00-17h30 <i>Distanciel</i>		20/06/2022 F° S2 - 14h00-17h30 <i>Présentiel</i>	
LE SEVRAGE TABAGIQUE	15/09/2022 F° S1 - 14h00-17h30 <i>Présentiel</i>		03/10/2022 F° S2 - 14h00-17h30 <i>Distanciel</i>	
LES COSMÉTIQUES, QUE CONTIENNENT-ILS ?	22/11/2022 F° S1 - 9h00-12h30 <i>Présentiel</i>		01/12/2022 F° S2 - 14h00-17h30 <i>Présentiel</i>	

² Formation validant la partie « formation continue » du DPC référencée sous le n°34312200001 sur le site de l'ANDPC.

VALIDATION DPC

Souhaitez-vous valider le DPC avec EPUPharm ? (cochez la case adéquate) oui non

Si « OUI », pour les pharmaciens titulaires : **inscription obligatoire sur le site de l'ANDPC, référence 34312200001**

TARIF DU CYCLE DE FORMATION DE 160 € (tarif unique permettant l'accès à 4 formations)

(Règlement par chèque à l'ordre de EPUPHARM – indiquez votre banque, le n° de chèque et la date de paiement ou par virement, voir IBAN ci-après – indiquez nom et prénom stagiaire dans l'ordre de virement)

BANQUE		N° CHÈQUE		DATE	
IBAN	FR76 1380 7006 6934 0193 2452 480			BIC	CCBPFRRPPNAN

QUELS SONT VOS BESOINS ET ATTENTES POUR CHAQUE FORMATION ? *

LES BIOMÉDICAMENTS ET LES MÉDICAMENTS BIOSIMILAIRES (DPC) ²	
LE MAL DE DOS	
LE SEVRAGE TABAGIQUE	
LES COSMÉTIQUES, QUE CONTIENNENT-ILS ?	

Conformément au règlement européen relatif à la protection des données en vigueur depuis le 25 mai 2018, le stagiaire dispose d'un droit d'accès aux données à caractère personnel, un droit de rectification ou d'effacement de celles-ci, et droit de s'opposer au traitement de cette donnée personnelle. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de ses données, le stagiaire peut contacter le cas échéant notre Délégué à la Protection des Données : epupharm@gmail.com – 07 85 02 90 59.

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

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

*mention obligatoire

Le :

SIGNATURE