

PRÉ-INSCRIPTION AU PROGRAMME DE FORMATION ANNÉE 2023

À RENVoyer AVANT LE 15/03/2023

- 5, rue Hersart de la Villemarqué, 44360 Vigneux de Bretagne
- 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	[] [] [] Titulaire Adjoint ¹ Remplaçant ¹ 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 3 formations (cochez la case adéquate)

HEMOPATHIES MALIGNES ET TRAITEMENTS PER OS	04/04/2023 F° S1 - 9h00-12h30		06/04/2023 F° S2 - 14h00-17h30	
PATHOLOGIES CUNTANÉES COURANTES DU VISAGE	06/06/2023 F° S1 - 9h00-12h30		08/06/2023 F° S2 - 14h00-17h30	
IMMUNOTHERAPIE DES CANCERS (Programme DPC)	12/09/2023 F° S1 - 9h00-12h30		14/09/2023 F° S2 - 14h00-17h30	
MYCOLOGIE: LES CONFUSIONS	13/10/2023 F° S1 - 9h00-12h30			
TRAITEMENTS ET ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE DES PERSONNES EN TRANSITION DE GENRE	09/11/2023 F°S1- 9h00-12h30		16/11/2023 F°S2- 14h00-17h30	

² Formation validant la partie « formation continue » du DPC (référence sur le site de l'ANDPC communiquée ultérieurement).

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 communiquée ultérieurement**

TARIFS DU CYCLE DE FORMATION (tarif permettant l'accès à 5 formations)

TITULAIRE, ENSEIGNANT et RETRAITE : 200 €/ ADJOINT et REMPLACANT: 80 €

ADJOINT inscrit par un Titulaire : 60 €/ETUDIANT : Gratuit

(Règlement par chèque à l'ordre de EPU PHARM – 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

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 – 06 61 36 37 00.

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