

PRÉ-INSCRIPTION AU PROGRAMME DE FORMATION ANNÉE 2024

À RENVoyer AVANT LE 05/04/2024

- 5, rue Hersart de la Villemarqué 44360 Vigneux de Bretagne
- epupharm@gmail.com

Votre inscription sera validée **uniquement après réception** de 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"/> [x] 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) [x] 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)

Prise en charge des pathologies surrénales	09/04/2024 F° S1 - 9h00-12h30		Date à définir	
Prise en charge de la mucoviscidose en 2024	11/06/2024 F° S1 - 9h00-12h30		13/06/2024 F° S2 - 14h00-17h30	
Cannabis médical et Cannabis Bien-être	24/09/2024 F° S1 - 9h00-12h30		26/09/2024 F° S2 - 14h00-17h30	
MYCOLOGIE	Octobre/Date à définir		Date à définir	
Physiopathologie de la douleur et réévaluation des traitements neuropathiques (Programme DPC) ²	05/11/2024 F°S1- 9h00-12h30		19/11/2024 F°S2- 9h00-12h30	

VALIDATION DPC

² 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 : 220 €/ Adjoint, Remplaçant, Retraité : 90 €

Adjoint inscrit par un Titulaire : 120 €/Étudiant : Gratuit

(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				BIC	

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