FICHE D'INSCRIPTION

FORMATION :

Thème : _____

Date du stage : _____ / / _____

STAGIAIRE :

Nom : _____

Prénom : _____

Pharmacien adjoint ☐ Préparateur ☐

Mail : _____

PHARMACIE :

Nom de la Pharmacie : _____

Nom du titulaire : _____

Prénom _____

Adresse de la Pharmacie

_____

CP | | | | | | Ville : _____

Téléphone | | | | | | | | | | |

Fax | | | | | | | | | | |

Mail _____

Date

Bon pour accord

Signature du Titulaire

Cachet de la Pharmacie

AFICEPP CFA Pharmacie TOULOUSE

A.F.I.C.E.P.P.
1 chemin Carrosse
31400 Toulouse
Tél. : 05 62 71 85 62

odpc
Organisme enregistré par l'Agence nationale du DPC

secretariat@cfapharma-toulouse.fr

www.formation-continue-aficepp.com/

Pour toute question, le secrétariat est ouvert :
Lundi, mardi, jeudi et vendredi de 8h30 à 12h00 et de 14h00 à 17h00 ; le Mercredi de 8h30 à 12h00