

FICHE D'INSCRIPTION À LA FORMATION EAD
« Bon usage des médicaments - Rôles du pharmacien d'officine dans les
traitements médicamenteux du patient chronique âgé
tout au long de son parcours médical »

Mr Mme

Nom : Nom d'usage :

Prénom : Date de naissance :

N° RPPS..... N° ADELI (préparateur en pharmacie).....

Profession :

Statut : Salarié Profession libérale

Adresse Professionnelle :

.....
.....

Téléphone : Mail :

Je m'inscris à la formation EAD « Bon usage des médicaments - Rôles du pharmacien d'officine dans les traitements médicamenteux du patient chronique âgé tout au long de son parcours médical » (*cocher au choix*) :

- Session du 02/02/2024 au 25/06/2024
- Session du 19/06/2024 au 26/11/2024
- Session du 01/11/2024 au 16/12/2024

Je suis pris en charge au titre de la formation continue (validant le DPC) financée pour les frais de formation

(attestation de prise en charge visée par mon employeur ou par l'organisme paritaire finançant la formation à joindre à la présente fiche)

A, le

Signature