

Fiche d'inscription à la Formation des Pharmaciens d'officine à l'utilisation de tests d'orientation diagnostique de l'angine à streptocoque du groupe A

Mr Mme

Nom : Prénom :

Date de naissance : / /

Adresse Personnelle :

.....

Téléphone : Mail :

Statut :

Salarié : Fonction Employeur

Profession libérale (précisez) :

N° RPPS ou N° ADELI ou N° CPS

Demandeur d'emploi

Autre (précisez) :

Je m'inscris à la session du :

5 juin 2024 de 10h à 12h 150€

Frais de formation et / ou de certification :

Je suis pris en charge au titre de la formation continue financée par mon employeur ou par un organisme paritaire pour un montant total de : Euros

Je joins à la fiche d'inscription l'attestation de prise en charge visée par l'employeur ou par l'organisme paritaire finançant la formation

OU

Je m'inscris à titre individuel et je m'engage à verser les frais de formation pour un montant total de : Euros

Je joins à la fiche d'inscription le règlement par chèque à l'ordre de l'agent comptable de l'université de Bordeaux ou la preuve de virement effectué sur le compte de l'Université de Bordeaux (RIB sur demande)

A , le

Signature