



PHARMACADE

Bulletin d'Inscription

Envoyer le fichier par mail à info@pharmacade.com

Date du Jour :

SIRET :

CIP Pharmacie :

Nom de la pharmacie :

Nom du titulaire :

Adresse mail de la pharmacie :

Intitulé de la formation :

Date de la Session :

Format :

- ☐ E-Learning
☐ Présentiel ☐ matin ☐ après midi
☐ Classe Virtuelle
☐ Mixte

NOM

PRENOM

FONCTION
(Titulaire/
Adjoint/Préparateur)

N°RPPS

Date
De
naissance

ADRESSE MAIL PERSONNELLE
(en majuscules)

N° de Sécurité Sociale

Tampon de la pharmacie et
signature du titulaire

Précisez nous si vous êtes en situation de handicap, nous trouverons une solution adaptée ! ☐ Oui
☐ Non

Pharmacade – Organisme de DPC 2870 habilité à dispenser des programmes de DPC
La Roseraie – Bât B2 – 20 Traverse de la Buzine – 13011 Marseille – SIRET 494 830 490 00020 RCS Marseille
Déclaré sous le n° 93 13 12803 13 à la Préfecture des Bouches du Rhône

