

Extension vaccination grippale

BULLETIN DE PRE-INSCRIPTION

LE PROGRAMME VACCINATION

Ville du stage : Date du stage :/...../.....

LE PARTICIPANT

Nom : Prénom :

Pharmacien Titulaire Pharmacien Adjoint N° RPPS :

Mail :

LA PHARMACIE

Pharmacie : N° Siret de la pharmacie :

Nom du titulaire : Prénom :

Adresse de la pharmacie :

CP : Ville :

Téléphone : Fax :

Mail * :

*Dès parution du décret, vous recevrez un mail vous demandant de confirmer votre inscription et précisant les éléments à fournir.

Les frais de journée de 43€ HT (soit 51.60 € TTC) seront offerts aux adhérents UTIP Association.

Date

Cachet de la pharmacie

Signature du Titulaire

Pour vous pré-inscrire, retournez ce bulletin à

UTIP INNOVATIONS

par FAX : 01 84 17 30 59 ou par MAIL : ledpc@utipinnovations.fr

