



ACTE DE CANDIDATURE

Je soussigné(e)

Prénom :

Nom :

Région :

Pharmacie :

Mail :

FONCTION

- Pharmacien
- Préparateur
- Etudiant 4^{ème} année et plus
- Retraité
- Autre professionnel de santé médical ou paramédical

Déclare par ce courrier postuler pour être **membre actif** en 2023/2024 à
UTIP association dans ma région en tant que :

- Président délégué régional
- Délégué départemental

Fait à :

Signature :