

# 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](mailto:ledpc@utipinnovations.fr)

