



# BULLETIN D'INSCRIPTION 2019

THÈME	VILLE	DATE	NOM	PRÉNOM	FONCTION	N° RPPS*

## COORDONNÉES DE L'OFFICINE

N° Client ..... N° CIP .....

Nom de l'officine.....

Adresse.....

.....

Nom du titulaire.....

Tél.....

Email.....

Date.....

Signature :

cachet de l'officine

Nous vous remercions de bien vouloir retourner ce bulletin complété et signé par fax au **08 05 22 02 38** ou par mail : **contactformation@alliance-healthcare-formation.fr**  
En cas d'annulation 7 jours avant le 1<sup>er</sup> jour de formation, Alliance Healthcare Formation se réserve le droit d'appliquer la facturation du montant total de la formation.

\* Pour les Pharmaciens uniquement