

BULLETIN D'INSCRIPTION

PRESCRIPTION DES VACCINS A L'OFFICINE

<u>L'ENTREPRISE</u> (joindre un chèque de 25€* à l'ordre de l'IFMP pour le plateau repas)		
Raison sociale :		
SIRET :		
Adresse :		
Nom et prénom du titulaire :		
Téléphone :		Fax :
Email :		
<u>LE/LA STAGIAIRE</u> : (joindre le dernier bulletin de salaire)		
Nom et Prénom :		Nom de jeune fille si différent :
Date et lieu de naissance :		
Adresse :		
Tél. portable :		
Email :		
Fonction :		
Salarié(e) : ☐ OUI ☐ NON		
Année d'obtention du Doctorat « pharmacie » :		
OBLIGATOIRE : Faire la demande de prise en charge auprès d'OPCO EP avant le début de la formation – Uniquement pour les pharmaciens salariés		
La prescription des vaccins à l'officine	Date : 15 et 16/06/2026	Durée : 10h30
Joindre à la demande :		
☐	* Chèque « plateau repas » à l'ordre de l'IFMP d'un montant de : Frais annexe pouvant être pris en charge par OPCO EP (uniquement pour les pharmaciens salariés)	25 €
☐	Dernier bulletin de salaire	

Fait à

Signature du stagiaire

Le

Signature du chef d'entreprise et cachet