BULLETIN D'INSCRIPTION

ADMINISTRATION DES VACCINS À L'OFFICINE

L'ENTREPRISE (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 :
LE/LA STAGIAIRE : (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 : Année d'obtention du BP/DEUST « préparateur en pharmacie » : Dans quel CFA : Année d'obtention du Doctorat « pharmacie » :
OBLIGATOIRE : *Faire la demande de prise en charge auprès d'OPCO EP / FIFPL avant le début de la formation*

La vaccination à l'officine	**date**	Durée : 7 h
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	25 €
☐	**Dernier bulletin de salaire**	

Fait à Le

Signature du stagiaire Signature du chef d'entreprise et cachet

IFMP – 38, rue Bénédit – CS 10109 - 13248 Marseille cedex 04
Tél. : 04.91.84.00.00 – Fax : 04.91.84.00.09 – Mail : contact@ifmpharmacie.fr - www.ifmpharmacie.fr
Siret : 453 918112 00013 – NDA : 93 131 151 813