

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 : 15/10/2026	Durée : 7 h
Joindre à la demande :		
☐	* Chèque « plateau repas » à l'ordre de l'IFMP d'un montant de : Merci de rayer la mention si vous ne souhaitez pas en bénéficier 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