

BULLETIN D'INSCRIPTION

ADMINISTRATION DES VACCINS À L'OFFICINE

Aix en provence

| | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| 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 : 29/06/2026 | Durée : 7 h |
| Joindre à la demande : | | |
| <input type="checkbox"/> | * Chèque « plateau repas » à l'ordre de l'IFMP d'un montant de : <i>Merci de rayer la mention si vous ne souhaitez pas en bénéficier</i> Frais annexe pouvant être pris en charge par OPCO EP | 25 € |
| <input type="checkbox"/> | Dernier bulletin de salaire | |

Fait à

Le

Signature du stagiaire

Signature du chef d'entreprise et cachet