



# Demande d'inscription

Pour connaître nos thèmes, nos dates et nos lieux de formation

[www.ospharm.com](http://www.ospharm.com)

Thème	Date et Lieu	Participants
-----	-----/-----/-----	Nom : ..... Prénom : ..... Courriel : ..... <input type="checkbox"/> Pharmacien titulaire <input type="checkbox"/> Pharmacien assistant <input type="checkbox"/> Préparateur en pharmacie
-----	-----/-----/-----	Nom : ..... Prénom : ..... Courriel : ..... <input type="checkbox"/> Pharmacien titulaire <input type="checkbox"/> Pharmacien assistant <input type="checkbox"/> Préparateur en pharmacie
-----	-----/-----/-----	Nom : ..... Prénom : ..... Courriel : ..... <input type="checkbox"/> Pharmacien titulaire <input type="checkbox"/> Pharmacien assistant <input type="checkbox"/> Préparateur en pharmacie
-----	-----/-----/-----	Nom : ..... Prénom : ..... Courriel : ..... <input type="checkbox"/> Pharmacien titulaire <input type="checkbox"/> Pharmacien assistant <input type="checkbox"/> Préparateur en pharmacie
-----	-----/-----/-----	Nom : ..... Prénom : ..... Courriel : ..... <input type="checkbox"/> Pharmacien titulaire <input type="checkbox"/> Pharmacien assistant <input type="checkbox"/> Préparateur en pharmacie
-----	-----/-----/-----	Nom : ..... Prénom : ..... Courriel : ..... <input type="checkbox"/> Pharmacien titulaire <input type="checkbox"/> Pharmacien assistant <input type="checkbox"/> Préparateur en pharmacie

Nous vous remercions de bien vouloir nous retourner cette demande d'inscription dûment remplie par email à [formation@ospharea.com](mailto:formation@ospharea.com).

Fait le : \_\_\_\_\_

Nom de la pharmacie : \_\_\_\_\_

Nom et prénom du titulaire : \_\_\_\_\_

Courriel de l'officine : \_\_\_\_\_

Tél. de l'officine : \_\_\_\_\_

Adresse complète : \_\_\_\_\_

N° Finess : \_\_\_\_\_

Cachet de l'officine :