**Confirmez votre participation !**

Envoyez-nous ce document rempli par mail :  
[urpspharmacienspaca@gmail.com](mailto:urpspharmacienspaca@gmail.com)  
  
Pharmacie :

Adresse :

Nom du Titulaire :

Je souhaite participer à Pharmatrod sans effectuer de TROD : 

Je souhaite participer à Pharmatrod EN EFFECTUANT des TROD dans mon officine :  

Je participerai à la soirée du **20**/11/18 :  

Je participerai à la soirée du **22**/11/18 :  

Je souhaite récupérer mes kits de TROD et/ou supports d’information à l’issue de la soirée de formation :