**Confirmez votre participation !**

Envoyez-nous ce document rempli par mail :
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 :