

## FICHE D'INSCRIPTION



### COORDONNÉES DE L'OFFICINE

Pharmacie: .....

Adresse: .....

CP: ..... Ville: .....

Tél.: ..... Fax: .....

e-mail: .....

Nom et prénom du titulaire: .....

N° RPPS : .....

Souhaite être contacté par :  mail  fax

### STAGE 1: .....

Dates et lieu: .....

Nom et prénom du participant: .....

Fonction : ..... N° RPPS si pharmacien : .....

### STAGE 2: .....

Dates et lieu: .....

Nom et prénom du participant: .....

Fonction : ..... N° RPPS si pharmacien : .....

Date  
Bon pour accord  
Signature du titulaire

**Document à retourner par fax au 05 61 63 10 22 ou par mail [info@formutip.fr](mailto:info@formutip.fr)**

Form'UTIP – S.A.S.U. au capital de 170 000 euros – SIREN 430 187 732 – R.C.S. Toulouse  
45 rue du Colombier – 31670 LABÈGE – N° de déclaration : 73.31.05.466.31