



L'ENTREPRISE

Nom de la pharmacie :

Siret :

Téléphone

Adresse :

Nom du titulaire

Email :

LE PARTICIPANT

Nom – Prénom :

Adresse :

Né le :

A :

Email :

Téléphone :

Fonction dans l'entreprise :

Adresse personnelle compétente :

Diplôme donnant accès au CQP :

BP préparateur en pharmacie

Diplôme de Docteur en pharmacie

Type de contrat : CDD CDI

Temps de travail : temps complet

Temps partiel

Nombre d'heure :

Retrouvez toutes les dates de formations sur le site : www.cfapharma-besancon.com



CFA Pharmacie
de Franche-Comté



Avez-vous des besoins d'aménagements particuliers ou des difficultés à nous communiquer ?

Non

Oui, merci de nous préciser lesquels SVP :

N.B. : vous devez disposer d'un ordinateur portable pour la durée de la formation.

Constitution du dossier :

1. Photocopie du diplôme
2. CV
3. 1 photo d'identité
4. Copie du dernier bulletin de salaire (seulement le haut du bulletin)
5. Attestation d'assurance responsabilité civile
6. Un chèque de 25€ de cotisation annuelle à l'ordre de l'IFPP (à régler par la pharmacie)
7. Frais connexes : 98€ à l'ordre de l'IFPP (à régler par la pharmacie)
8. Lettre de motivation
9. Photocopie de la carte d'identité

CONDITIONS GENERALES D'INSCRIPTION :

Les inscriptions sont enregistrées au fur et à mesure de leur réception et ne deviennent définitives qu'au retour du bulletin d'inscription accompagné de toutes les pièces demandées.

Dans le cas où le nombre de participants est insuffisant sur le plan pédagogique, l'IFPP se réserve le droit d'annuler une session.

La présence des stagiaires dans les locaux du centre de formation implique l'acceptation du règlement intérieur.

A :

Le

Cachet et signature du titulaire :

Signature du stagiaire :