

NOUS NOUS OCCUPONS
DE TOUTES LES FORMALITÉS
ADMINISTRATIVES.

PRENEZ CONTACT...
VOTRE DÉLÉGUÉ COMMERCIAL

VOTRE ÉQUIPE FORMATION

Tél 01 45 17 99 05

Fax 01 45 17 64 85

E-LEARNING INSCRIPTION

Pharmacie

Adresse

.....

Code Postal Ville

Nom / prénom du titulaire

.....

Tél Fax

E-mail de l'officine

.....@.....

Remplir et envoyer ce formulaire à universite@phoenixpharma.fr

Si vous avez plus d'une personne à inscrire au même parcours, merci de joindre plusieurs bulletins d'inscriptions.

SUIVI DU PATIENT ASTHMATIQUE

Nom / prénom

Titulaire Adjoint Préparateur

e-mail@.....

SUIVI DU PATIENT DIABÉTIQUE

Nom / prénom

Titulaire Adjoint Préparateur

e-mail@.....

MAINTIEN À DOMICILE

Nom / prénom

Titulaire Adjoint Préparateur

e-mail@.....

URGENCES À L'OFFICINE

Nom / prénom

Titulaire Adjoint Préparateur

e-mail@.....

FEMME ENCEINTE / ALLAITEMENT

Nom / prénom

Titulaire Adjoint Préparateur

e-mail@.....

TROUBLES DU SOMMEIL

Nom / prénom

Titulaire Adjoint Préparateur

e-mail@.....

AUTOMÉDICATION À L'OFFICINE

Nom / prénom

Titulaire Adjoint Préparateur

e-mail@.....

SUIVI DU PATIENT SOUS AVK / ENTRETIENS

Nom / prénom

Titulaire Adjoint Préparateur

e-mail@.....

CONTRACEPTION

Nom / prénom

Titulaire Adjoint Préparateur

e-mail@.....

MALADIE D'ALZHEIMER

Nom / prénom

Titulaire Adjoint Préparateur

e-mail@.....

HYPERTENSION ARTÉRIELLE

Nom / prénom

Titulaire Adjoint Préparateur

e-mail@.....

BPCO

Nom / prénom

Titulaire Adjoint Préparateur

e-mail@.....

OBSERVANCE

Nom / prénom

Titulaire Adjoint Préparateur

e-mail@.....

PÉDIATRIE

Nom / prénom

Titulaire Adjoint Préparateur

e-mail@.....

VIH ET SON AUTOTEST

Nom / prénom

Titulaire Adjoint Préparateur

e-mail@.....

CANCÉROLOGIE

Nom / prénom

Titulaire Adjoint Préparateur

e-mail@.....

Fait à....., le / /

Signature du titulaire

Commercial

Région



PHOENIX

UNIVERSITÉ



a PHOENIX company

POUR SUIVRE UNE OU PLUSIEURS FORMATIONS E-LEARNING...

VOUS AVEZ BESOIN D'ÊTRE ACCOMPAGNÉ ?

Contactez votre délégué commercial
ou votre équipe formation au 01 45 17 99 05

1

REPLIR LE FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Si vous avez plus d'une personne à inscrire au même parcours,
merci de joindre plusieurs formulaires.
LE FAIRE PARVENIR À L'ÉQUIPE FORMATION
par mail universite@phoenixpharma.fr ou par fax 01 45 17 64 85

2

À RÉCEPTION VOTRE DEMANDE EST TRAITÉE.

Nous vous faisons parvenir une demande de prise en charge simplifiée
que vous devrez nous renvoyer complétée et signée sous 15 jours.
Nous nous occupons alors des formalités administratives de prise en charge.

Vous n'avez aucun règlement à prévoir.

Attention : si vous ne nous retournez pas la demande de prise en charge
ou en cas de refus de prise en charge, chaque parcours vous serait facturé 239 € TTC.
**En amont, nous pouvons vous aider à vérifier vos possibilités de prise en charge
par les organismes compétents.**

3

VOUS RECEVEZ LES CODES D'ACCÈS PAR MAIL.

Pour chaque apprenant, vous disposez d'un identifiant et d'un mot de passe.
Vous pouvez ainsi suivre l'évolution de chaque formation.

4

UNE FOIS LA FORMATION TERMINÉE

Nous vous faisons parvenir une attestation de formation que nous transmettons
également à l'organisme de prise en charge pour validation de votre DPC
et remboursement.

5

ACTALIANS / OGDPC / FIFPL