

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

# FORMATIONS PRÉSENTIELLES

## INSCRIPTION 2<sup>nd</sup> semestre 2017

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](mailto:universite@phoenixpharma.fr)

**TITRE DU STAGE** ..... **LIEU** ..... **DATE** ..... / ..... / .....

Nom .....

Prénom .....

Titulaire  Adjoint  Préparateur

N° RPPS / ADELI .....

Nom .....

Prénom .....

Titulaire  Adjoint  Préparateur

N° RPPS / ADELI .....

Nom .....

Prénom .....

Titulaire  Adjoint  Préparateur

N° RPPS / ADELI .....

Nom .....

Prénom .....

Titulaire  Adjoint  Préparateur

N° RPPS / ADELI .....

**TITRE DU STAGE** ..... **LIEU** ..... **DATE** ..... / ..... / .....

Nom .....

Prénom .....

Titulaire  Adjoint  Préparateur

N° RPPS / ADELI .....

Nom .....

Prénom .....

Titulaire  Adjoint  Préparateur

N° RPPS / ADELI .....

Nom .....

Prénom .....

Titulaire  Adjoint  Préparateur

N° RPPS / ADELI .....

Nom .....

Prénom .....

Titulaire  Adjoint  Préparateur

N° RPPS / ADELI .....

### Inscription sous réserve de places disponibles

A la suite de cette inscription, nous vous ferons parvenir votre dossier de prise en charge accompagné des documents relatifs à votre inscription.

Fait à ....., le ..... / ..... / .....

Signature du titulaire

Commercial .....

Région .....



**PHOENIX**

**UNIVERSITÉ**