

Déclaration d'activité n° 82 07 00708 07

## INSCRIPTION A LA FORMATION CONTINUE

Nom pharmacie : .....

Adresse : .....

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

Nombre de participants : .....

NOM ET PRENOM DU STAGIAIRE		FORMATIONS CHOISIES
.....	<input type="checkbox"/> Assistant <input type="checkbox"/> Préparateur <input type="checkbox"/> Titulaire	.....
.....	<input type="checkbox"/> Assistant <input type="checkbox"/> Préparateur <input type="checkbox"/> Titulaire	.....
.....	<input type="checkbox"/> Assistant <input type="checkbox"/> Préparateur <input type="checkbox"/> Titulaire	.....

**A FAXER AU CFA SVP AU 04.75.41.17.39**

Tampon de la pharmacie