

## BULLETIN D'INSCRIPTION

### PRESCRIPTION DES VACCINS A L'OFFICINE

<b>L'ENTREPRISE</b> (joindre un chèque de 25€* à l'ordre de l'IFMP pour le plateau repas)		
Raison sociale :		
SIRET :		
Adresse :		
Nom et prénom du titulaire :		
Téléphone :		Fax :
Email :		
<b>LE/LA STAGIAIRE</b> : (joindre le dernier bulletin de salaire)		
Nom et Prénom :		Nom de jeune fille si différent :
Date et lieu de naissance :		
Adresse :		
Tél. portable :		
Email :		
Fonction :		
Salarié(e) : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
Année d'obtention du Doctorat « pharmacie » :		
<b>OBLIGATOIRE</b> : Faire la demande de prise en charge auprès d'OPCO EP avant le début de la formation – <i>Uniquement pour les pharmaciens salariés</i>		
<b>La prescription des vaccins à l'officine</b>	<b>Date : 22 et 23/06/2026</b>	Durée : 10h30
Joindre à la demande :		
<input type="checkbox"/>	<b>* Chèque « plateau repas » à l'ordre de l'IFMP d'un montant de :</b> Frais annexe pouvant être pris en charge par OPCO EP (uniquement pour les pharmaciens salariés)	25 €
<input type="checkbox"/>	<b>Dernier bulletin de salaire</b>	

Fait à

Le

Signature du stagiaire

Signature du chef d'entreprise et cachet