

SOCIÉTÉ VAUDOISE DE PHARMACIE

Postformation pour assistants en pharmacie diplômés

* * * * *

Je m'inscris pour le prochain cours

- | | | |
|--------------------------|------------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> | Module I « Médicaments I » | automne 2018 |
| <input type="checkbox"/> | Module II « Médicaments II » | printemps 2019 |
| <input type="checkbox"/> | Module III « Cours III » | automne 2019 |
| <input type="checkbox"/> | Module IV « Cours IV » | printemps 2020 |

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Tél. portable : _____

Adresse : _____

NPA/Localité : _____

E-mail : _____

CFC obtenu en : _____ à : _____

Entreprise dans laquelle vous travaillez actuellement :

Nom de l'entreprise : _____

Membre SVPh : oui non

Adresse complète : _____

Téléphone : _____

Date : _____ Signature : _____

Paiement de la facture : participant employeur

Annexe : copie de mon CFC

Bulletin à renvoyer :

Murielle Zahnd
Ch. de Coulet 17
1162 St-Prex
zahndm@swissonline.ch

Les inscriptions sont prises en compte par ordre d'arrivée, dernier délai 22.08.2018