

Médicaments à jour ? Inscription

Nom de la pharmacie :

Adresse :

NPA/Localité :

Pharmacien responsable de la prestation :

E-mail : Tél. :

- Le pharmacien responsable de la prestation a suivi le cours de formation présentielle (formations en novembre-décembre 2019)
- J'atteste que le pharmacien responsable de la prestation a suivi la formation en ligne (cas pratique renvoyé à Unisanté pour validation)
- Je participe seulement à la prestation
- Je participe à l'étude

Coordonnées bancaires pour le remboursement de la prestation :

Nom du bénéficiaire :

Adresse privée :

Date de naissance :

N° AVS :

Nom et adresse de la banque

.....
Titulaire du compte :

IBAN :