

Demande d'attribution du certificat de formation complémentaire FPH Pharmacien consultant pour la prescription en ambulatoire

La demande sera traitée et transmise à la commission dès
que tous les documents nécessaires seront déposés.

Monsieur Madame Dr _____

Nom _____ Prénom _____

Lieu d'origine/canton, nationalité _____

Adresse de correspondance _____

Adresse de facturation _____

Date de naissance _____

Tél. privé _____ professionnel _____ portable _____

E-Mail _____

Diplôme de pharmacien*: université / pays / date _____

Akademische Titel*: université / pays / date _____

*) *Prière de joindre la copie du diplôme universitaire.*

Lieu de travail (commune/canton) _____

Membre pharmaSuisse oui non No de membre / no FPH _____

Taxes: Elles sont mentionnées dans le règlement des tarifs de la formation postgrade et continue FPH de pharmaSuisse. Détails sur www.fphch.org -> certificats de formation complémentaire -> Pharmacien consultant pour la prescription en ambulatoire

Prière de joindre les documents suivants à votre demande (copies uniquement):

(deux fois, en un seul envoi et sous forme électronique)

1. Attestation de réussite / attestation de compétence pour la partie théorique (valable six ans)
2. Rapport d'activité

Le candidat/la candidate souhaite recevoir le certificat de formation complémentaire et l'autocollant FPH pour la porte de la pharmacie

allemand français italien

Demande

Par la présente, je demande que me soit attribué le certificat de formation complémentaire FPH Pharmacien consultant pour la prescription en ambulatoire.

Je confirme avoir rempli le formulaire conformément à la vérité

Date _____ Signature _____