|  |  |
| --- | --- |
|  | FORMATION CONTINUE  Bât. A  Porte AH 105  5, rue Jean-Baptiste Clément  92290 CHATENAY-MALABRY  www.pharmacie.universite-paris-saclay.fr |

**FICHE D’INSCRIPTION A COMPLETER ET A RETOURNER à :**

[**fc.pharmacie@universite-paris-saclay.fr**](mailto:fc.pharmacie@universite-paris-saclay.fr)

**Formation « Habilitation au prélèvement nasopharyngé et à la réalisation du test antigénique pour la détection du SARS-Cov 2 »**

**Session du** Lundi 24 janvier : 10h00 – 12h00

**NOM DE NAISSANCE** : ……………………….……………... **NOM MARITAL :** ……………………….…

**PRÉNOM :** ………………………………………Mr  Mme 

Né(é) le : …………….. à …………………………….. Nationalité : ………………….………………………

Adresse Personnelle : **……**…………………………………………………………………………..…….……….

Code postal :…………………………………………Ville :…………………………..…………………….………

N° téléphone : Personnel : …………………………………… / Travail : ………………………………………..

E-Mail : …………………………………………….…….. @ …………………………………...………...……….

Dernier diplôme obtenu : …………………………..……………………………………………….….………..….

**EMPLOYEUR**

**Nom de l’entreprise :** ……………………………………………………………………..………………………

N° SIRET : ………………………………………………

Adresse : ……………………………………………………………………………...……..………………………

Code postal : ………………………………………… Ville : …………………………..…………….……………

E-Mail : …………………………………………….…….. @ ……………………………………………..……….

N° téléphone : …………………………………………

**PROFESSION :**

* Pharmacien d’officine titulaire ❑ Infirmier
* Pharmacien d’officine adjoint ❑ Médecin
* Préparateur en pharmacie ❑ Pompier
* Masseur-Kinésithérapeute ❑ Secouriste
* Etudiant en pharmacie ou médecine (1ère année validée, justificatif à présenter) salarié ou stagiaire

**Mode d’exercice dominant > (50%) :** ❑ Libéral ❑ Salarié

**FINANCEMENT DE LA FORMATION :**

Apporter un **chèque** le jour de la formation de **100 €** *à l’Ordre de l’Agent Comptable de l’Université Paris-Saclay*

* **Individuel** ❑ **Employeur/Entreprise**

**Comment avez-vous connu la formation ?**

Précisez : …………………………………………………………………………………………………