|  |  |
| --- | --- |
|  | SERVICE DE 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 « Vaccination COVID-19 »**

**Choix de la session :** *(cochez la case)*

❑ Jeudi 8 avril 2021 en **présentiel** : 14h00 – 16h00 (Faculté de Pharmacie à Châtenay-Malabry)

❑ Jeudi 8 avril 2021 en **distanciel** : 16h30 – 18h30

**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 ❑ Sage-femme
* Préparateur en pharmacie ❑ Médecin
* Etudiant en pharmacie salarié ou stagiaire ❑ Autre professionnel de santé : ………….

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

**FINANCEMENT DE LA FORMATION :**

Cocher le type de financement :

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

Cocher le mode de règlement de 100 € :

❑ **Chèque**  *A l’ordre de l’Agent Comptable de l’Université Paris-Saclay*

Session en présentiel : A apporter le jour de la formation

Session en distanciel : A envoyer au service Formation Continue de la Faculté de Pharmacie

❑ **Virement** (avis de virement à envoyer à[**fc.pharmacie@universite-paris-saclay.fr**](mailto:fc.pharmacie@universite-paris-saclay.fr))

*Le RIB vous sera envoyé lors de votre confirmation d’inscription*

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

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