

Demande d'attribution du certificat de formation complémentaire FPH en assistance pharmaceutique d'institutions du système de santé

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 _____

Titre académique*: université / pays / date _____

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

Lieu de travail (commune/canton) _____

Membre pharmaSuisse oui non N° de membre / N° 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 formations complémentaire -> Assistance pharmaceutique d'institutions du système de santé

Prière de joindre les copies des documents suivants à votre demande:

(sous forme électronique)

1. Attestation de réussite / attestation de compétence pour la partie théorique (valable cinq ans)
2. Attestation de l'activité pratique dans une institution
3. Rapport d'activité

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

en allemand en français en italien

Demande

Par la présente, je demande que me soit attribué le certificat de formation complémentaire FPH en assistance pharmaceutique d'institutions du système de santé.

Je confirme avoir rempli le formulaire conformément à la vérité.

Date _____ Signature _____