

NOM :

PRENOM :

FICHE D'INSCRIPTION

Formation continue conventionnelle des pharmaciens

Inscription possible jusqu'à 3 semaines avant la session de formation

Thème(s) et session(s) choisi(s) :

- Thème 1 ASTHME :** Prise en charge et éducation thérapeutique du patient asthmatique à domicile : **15 avril 2011**
- Thème 2 DIABETE :** Prise en charge et éducation thérapeutique du patient diabétique **17 et 18 mars 2011**
- Thème 4 MEDICAMENTS A STATUT PARTICULIER :** La dispensation des médicaments à statut particulier par le pharmacien d'officine **20 octobre 2011**
- Thème 7 CARDIOLOGIE :** Prise en charge et éducation thérapeutique du patient atteint de maladies cardiovasculaires **19 et 20 septembre 2011**
- Thème 10 ACCOMPAGNEMENT DU PATIENT CANCEREUX**
Accompagnement du patient cancéreux par le pharmacien d'officine **30 juin et 1^{er} juillet 2011**

Justificatifs demandés par l'OGC à nous joindre obligatoirement :

Si vous êtes pharmacien titulaire :

- Copie de votre carte professionnelle mentionnant votre RPPS
- Copie d'un justificatif précisant le N  d'identification à l'assurance maladie du titulaire de l'officine (n AM) (*Numéro figurant sur un document de télétransmission ou facture de l'officine*)

Si vous êtes pharmacien adjoint :

- Copie de votre carte professionnelle mentionnant votre RPPS
- Copie de la carte professionnelle du titulaire de l'officine mentionnant son RPPS
- Copie d'un justificatif précisant le N  d'identification à l'assurance maladie du titulaire de l'officine (n AM) (*Numéro figurant sur un document de télétransmission ou facture de l'officine*)
- Copie de votre bulletin de salaire

Comment avez-vous connu ces formations ?

- Le site Internet de l'Université d'Angers
- Mailing adressé par l'UFR Sciences Pharmaceutiques et Ingénierie de la Santé
- Autre, précisez :
-

Votre Identité

Prénom : Nom :

Adresse :

Code Postal :

Tel :

E-mail :

Titulaire

Adjoint

si adjoint préciser :

Nom du titulaire de l'officine :

Nom de l'officine :

.....

.....

.....

Année d'obtention du diplôme :

Année de naissance :

Adresse de la CPAM ou CGSS de rattachement de l'officine:

.....

.....

.....

Réservation d'une Nuitée à l'hôtel pour les formations sur 2 jours

Merci de cocher le(s) thème(s) pour le(s)quel(s) vous êtes inscrit(e) et si vous souhaitez la réservation d'une chambre d'hôtel (*prise en charge par l'OGC pour la nuitée avec petit déjeuner et repas du soir*)

Thème 2 DIABETE 17 et 18 mars 2011

OUI NON

Thème 7 CARDIOLOGIE : 19 et 20 septembre 2011

OUI NON

Thème 10 ACCOMPAGNEMENT DU PATIENT CANCEREUX 30 juin et 1^{er} juillet 2011

OUI NON