

A faxer au **02 40 50 28 87**

## Coordonnées de l'officine

Nom : .....

Adresse : .....

.....

Tél. : .....

E-mail (à remplir obligatoirement) : .....

Organisme enregistré par l'Agence nationale du DPC  
Retrouvez toute l'offre du DPC sur [www.mondpc.fr](http://www.mondpc.fr)**Organisme partenaire  
ACTALIANS, FIF PL,  
AGEFOS, OPCA DEFI...**

## Pré-inscription Formations

*Merci d'écrire lisiblement en majuscules*

NOM, PRÉNOM FONCTION	FORMATION CHOISIE	DATE ET LIEU

**Nouveau!**

Vous êtes plusieurs officines ou en groupement et vous souhaitez allier besoin de formation et convivialité ? C'est possible !

Choisissez votre thème et nous organisons votre journée de formation «à la carte».

**Retrouvez toutes nos formations et prestations sur****[www.praxipharm.fr](http://www.praxipharm.fr)****Pour tous renseignements complémentaires, contactez-nous****02 28 03 00 00****[contact@praxipharm.fr](mailto:contact@praxipharm.fr)**