

SOCIETE VAUDOISE DE PHARMACIE

Postformation pour assistant-es en pharmacie diplômé-es

*** * * * ***

Je m'inscris pour le prochain cours

- «Médicaments I» *automne 2010***
- «Médicaments II» *printemps 2011***
- «Médicaments III» *automne 2011***
- «Médicaments IV» *printemps 2012***

Nom:..... **Prénom:**.....

Date de naissance: **Tél. privé:**

Adresse:

No postal - domicile:

CFC obtenu en: **à:**.....

Entreprise dans laquelle vous travaillez actuellement:

Nom de l'entreprise:..... **Tél.:**.....

Adresse:

Date:..... **Signature**.....

Annexe : copie de mon CFC.

**Bulletin à renvoyer au Centre Patronal, Postformation Pharma, Case postale 1215,
1001 Lausanne,
fax 0848 888 456 - tél. 021/796 33 25.**