

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*
- « Cours III » *automne 2011*
- « Cours IV » *printemps 2012*

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Tél. privé : _____

Adresse : _____

NPA – Localité : _____

E-mail : _____

CFC obtenu en : _____ à : _____

Entreprise dans laquelle vous travaillez actuellement :

Nom de l'entreprise : _____

Adresse complète : _____

Téléphone : _____

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 48