



Dossier d'inscription au titre de la Formation Continue

Année
Universitaire
2020-2021



À retourner à :

FACULTÉ DE PHARMACIE DE LILLE
Melle Audrev FLOUREZ – Tél. : 03.20.96.49.18
Mail : audrev.flourez@univ-lille.fr
3, Rue du Professeur Laguesse – B.P. 83 – 59006 LILLE Cédex

ACTION DE FORMATION :

Intitulé : A.U.E.C. « TOUT CONNAÎTRE SUR LA VACCINATION CONTRE LA MALADIE COVID-19 »
Droits d'inscription : 50,00 €

STAGIAIRE ÉTAT-CIVIL :

Madame Monsieur
Nom de naissance : Nom marital :
Prénom :
Date de naissance : ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! Lieu de naissance : ! ! ! Pays :
Adresse personnelle :
! ! ! ! ! ! ! ! ! !
↪ N° Téléphone domicile : ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ↪ N° Téléphone mobile : ! ! ! ! ! ! ! ! ! !
↪ Adresse e-mail personnelle* et unique pour accès Moodle (Obligatoire) :
(*): 1 inscrit = 1 adresse mail

SITUATION PROFESSIONNELLE À L'OFFICINE :

En activité Fonction ou grade : Ancienneté :
Pour les Pharmaciens d'Officine :
 Titulaire Adjoint
N° RPPS (Obligatoire) : N° ADELI :
 Sans emploi Demandeur d'emploi inscrit à PÔLE EMPLOI depuis le ! ! ! ! ! ! ! ! ! !
Adresse d'exercice principal :
! ! ! ! ! ! ! ! ! !
↪ N° Téléphone : ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ↪ N° Fax : ! ! ! ! ! ! ! ! ! !

FINANCEMENT DE LA FORMATION À TITRE INDIVIDUEL : À remplir par le stagiaire finançant personnellement la formation

➤ *Le stagiaire s'engage à prendre en charge les frais de formation et à en effectuer la totalité du règlement avant la fin de la session.*

- Paiement par virement bancaire* dès réception de la facture Montant : Euros
(*): Merci de préciser dans l'intitulé du virement, votre nom et prénom et l'action de formation professionnelle concernée.

Fait à, le Signature :

PRISE EN CHARGE PAR L'EMPLOYEUR : À remplir par l'employeur finançant la formation

- Paiement par virement bancaire* dès réception de la facture Montant : Euros
(*): Merci de préciser dans l'intitulé du virement, le nom et prénom du stagiaire et l'action de formation professionnelle concernée.

Raison sociale et adresse du contractant :
! ! ! ! ! ! ! ! ! !

N° SIRET (obligatoire) : Code APE : ! ! ! ! ! ! ! ! ! !

Affaire suivie par : Adresse e-mail :

Fait à, le Fait à, le
Signature du stagiaire : Signature et cachet :

PIÈCES À JOINDRE :

- C.V.
- Copie du Diplôme d'État de Pharmacien

N.B. : La facture sera adressée directement à l'organisme payeur

- *En cas de modification de la situation du salarié (licenciement, démission...), le stagiaire s'engage à prendre en charge les frais de formation au prorata des heures effectuées.*
- *La totalité des droits reste perçue en cas d'annulation d'inscription après le début des enseignements.*
- *En cas d'inscriptions en nombre insuffisant, le cycle de formation sera reporté à une année ultérieure.*

N° de Déclaration d'existence : 32 59 09494 59

N° SIRET : 130 023 583 00144

N° de référencement au Datadock : 57856