

Inscription de ma pharmacie

Vous êtes intéressé à accueillir des étudiants pour une ou plusieurs journées dans votre officine, alors remplissez le formulaire ci-dessous et envoyez-le par fax au secrétariat du CAP

Vos coordonnées seront ajoutées à la liste des pharmacies qui figure sur notre site Internet

Canton : BE FR GE JU

NE VD VS

N° postal _____

Lieu : _____

Nom de la pharmacie : _____

Nom du responsable : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Adresse E-mail : _____

Remplissez tous les champs, imprimez le formulaire et envoyez-le par fax au secrétariat du CAP au numéro : **022/363 00 85**

Merci de votre participation