

## Médicaments à jour ? Inscription

Nom de la pharmacie : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

NPA/Localité : \_\_\_\_\_

Pharmacien responsable de la prestation : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

- Je participe seulement à la prestation  
 Je participe à l'étude en partenariat avec la Pharmacie d'Unisanté  
 Je m'inscris à la formation présentielle du lundi **14 novembre** 2022 dès 19h  
OU  
 Je m'inscris à la formation présentielle du lundi **21 novembre** 2022 dès 19h

Coordonnées bancaires pour le remboursement de la prestation :

Nom du bénéficiaire : \_\_\_\_\_

Adresse privée : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

N° AVS : \_\_\_\_\_

Nom et adresse de la banque : \_\_\_\_\_

Titulaire du compte : \_\_\_\_\_

IBAN : \_\_\_\_\_

**Bulletin à retourner à l'adresse mail [info@svph.ch](mailto:info@svph.ch) avant le 14 octobre 2022**