

DEMANDE D'ADMISSION

Nom, prénom _____

Date de naissance _____

Etat civil _____

Adresse professionnelle _____

No tél. et fax _____

Adresse privée _____

No tél. et fax _____

E- mail _____

Diplôme de pharmacien(ne) obtenu en _____

Autre formation professionnelle _____

Activité professionnelle _____

Membre de pharmaSuisse oui non

Exerce la profession de façon indépendante depuis _____

Veillez nous indiquer le nom des deux pharmaciens d'accord de vous parrainer

1. _____

2. _____

Date _____ Signature _____