

**À retourner à :**

**FACULTÉ DE PHARMACIE DE LILLE**  
**Melle Audrey FLOUREZ – Tél. : 03.20.96.49.18**  
 3, Rue du Professeur Laguesse – B.P. 83 – 59006 LILLE Cédex

**ACTION DE FORMATION (EPU, AUEC) :**

Intitulé de la formation : .....

**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**  
 Êtes-vous en situation de handicap ?  Oui  Non Votre handicap nécessite-t-il un aménagement ?  Oui  Non

**SITUATION PROFESSIONNELLE :**

En activité Fonction ou grade : ..... Ancienneté : .....  
**Pour les Pharmaciens d'Officine :**  
 Titulaire  Adjoint  Hospitalier  Biologiste  Autres : .....  
 N° RPPS (Obligatoire) : ..... N° ADELI : .....  
 Sans emploi  Demandeur d'emploi inscrit à PÔLE EMPLOI depuis le ! ! ! ! ! ! ! ! ! !  
 (Joindre un justificatif : Avis de Situation)  
 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 du contrat de formation** 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 convention de formation** 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 :

**PRISE EN CHARGE PAR UN ORGANISME :**

**Pour les Professionnels de Santé Libéraux :**

Demande de prise en charge **ANDPC**.  
*Pour bénéficier de la prise en charge de l'ANDPC, le stagiaire doit avoir suivi les séquences non présentes de l'action ou du programme et avoir suivi le programme dans sa totalité. Dans le cas contraire, la formation sera facturée au participant.*  
 Demande de prise en charge FIF-PL :

**Pour les Adjointes :**

Demande de prise en charge ACTALIANS :

**PIÈCES À JOINDRE :**

- Copie de la carte d'identité
- Copie du Diplôme d'État de Pharmacien **ou** Copie de la Carte Professionnelle 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.*