



SYNERGY CERTIFICATION COURSE - WEBINAR – 9 MARS 2021 – MARCH 9th 2021  
 Dispositifs médicaux : plus-**value du pharmacien à l'hôpital ?**  
*Medical device therapeutic product : what added value from the pharmacist at the Hospital ?*

**FICHE INDIVIDUELLE D'INSCRIPTION - REGISTRATION FORM SYNERGY CERTIFICATION COURSE**

NOM\* / Prénom\* - NAME\*/Surname\* :

ÉTABLISSEMENT\* - INSTITUTION\*:

ADRESSE ÉTABLISSEMENT\* - ADDRESS\*:

CP / VILLE ÉTABLISSEMENT\* - POSTCODE / CITY / COUNTRY\*:

MAIL\* - E-MAIL\* :

TEL\*/ PHONE\* :

FONCTION\* - POSITION\* :

Si pharmacien, n° RPPS :

\*Mentions obligatoires – \*Mandatory information

**J'accepte qu'Euro-Pharmat enregistre et conserve ces informations personnelles afin de me communiquer toutes les informations nécessaires autour de l'événement ainsi que toutes informations concernant Euro-Pharmat.**

**OUI**

**NON**

*I do agree to my personal datas being saved and used by Euro-Pharmat to inform me about all information concerning the event and all significant information related to Euro-Pharmat.*

**YES**

**NO**

**TARIF - PRICE**

<b>PERSONNEL ETABLISSEMENT DE SANTE – INDIVIDUAL</b>	100 €
<b>INTERNE (SUR JUSTIFICATIF) – YOUNG PROFESSIONALS (PROOF PROVIDE)</b>	50 €

**FACTURATION – PAYMENT INFORMATION**

PERSONNELLE – PERSONAL

ETABLISSEMENT OU INDUSTRIEL - INSTITUTION OR SPONSOR

Demande de Convention

OUI

NON

*Convention Request*

YES

NO

Adresse – Address/City/Country for payment :

Mail – E-Mail :



SYNERGY CERTIFICATION COURSE – 9 MARS 2021 – MARCH 9th 2021

Dispositifs médicaux : plus-**value du pharmacien à l'hôpital ?**  
*Medical device therapeutic product : what added value from the pharmacist at the Hospital ?*

**PIECE A NOUS FAIRE PARVENIR AVEC L'INSCRIPTION POUR SON ENREGISTREMENT**

- ➔ Soit Demande de convention
- ➔ Soit Chèque d'un montant correspondant au total ci-dessus à l'ordre d'EURO-PHARMAT

**CERTIFICATE TO BE SENT WITH YOUR REGISTRATION**

- ➔ *Please send your cheque made out to EURO-PHARMAT and corresponding to the total amount or send the Agreement application*

---

**DROIT A L'IMAGE**

Je suis informé(e) qu'un photographe professionnel couvrira la journée et que je pourrais être photographié(e) ou filmé(e).  
***J'autorise Euro-Pharmat à fixer, reproduire et communiquer au public les photographies ou images prises dans le cadre de cette journée.***

**OUI**

**NON**

**RESPECT FOR PRIVACY AND IMAGE RIGHTS**

*I am aware that a professional photographer is covering the event and that I could be photographed or filmed.  
I authorize Euro-Pharmat to reproduce and communicate to the public all or part of the pictures collected during the event.*

**YES**

**NO**

**CONFIDENTIALITE**

Les données à caractère personnel vous concernant recueillies *via* ce formulaire sont enregistrées par EURO-PHARMAT dans un fichier informatisé et sont recueillies consécutivement à votre consentement. Ces données collectées visent à traiter votre demande d'inscription, à vous contacter si nécessaire et à vous adresser toute communication pertinente en lien avec l'actualité d'Euro-Pharmat. Seul Euro-Pharmat a accès à ces données.

La charte de protection des données d'Euro-Pharmat est accessible dans les mentions légales figurant sur le site [www.euro-pharmat.com](http://www.euro-pharmat.com).

**CONFIDENTIALITY**

*Personal datas collected through this registration form are saved by Euro-Pharmat to a computerised file. They are collected thanks to your personal agreement. We use them in order to review your application, get in touch with you if necessary, check your effective registration and send you all relevant information about all the news on Euro-Pharmat. Only Euro-Pharmat have free access to these private informations.*

*The Charter of the data protection is accessible on [www.euro-pharmat.com](http://www.euro-pharmat.com).*

**CONDITIONS D'ANNULATION**

Les demandes d'annulation doivent être formulées par écrit, comme spécifié à l'article 5 des CGV présentes sur notre site internet. Des montants compensatoires sont dus par le demandeur en fonction de la date d'annulation au regard de la date prévue des formations : 25% du montant à moins de 15 jours, 50% à moins de 7 jours et la totalité à moins de 5 jours.

**CANCELLATION CONDITIONS**

*Cancellation requests must be made in writing, as specified in Article 5 of the GTCS present on our website. Compensatory amounts are due by the applicant according to cancellation date according to the expected date of training: 25% of the amount for less than 15 days, 50% for less than 7 days and the whole for less than 5 days.*

**Fiche à retourner à – Return to :**

**EURO-PHARMAT, 2 rue Viguerie, TSA 80035, 31059 TOULOUSE Cedex 9 - fax : 05 61 77 83 64**  
ou e-mail [agnesfaucher@euro-pharmat.com](mailto:agnesfaucher@euro-pharmat.com)