



Formulaire d'inscription au programme de soutien aux pharmaciens·nes formateurs·trices pour la formation postgrade FPH en pharmacie d'officine

La participation au programme de soutien est ouverte uniquement à des « trinômes de formation » défini comme un ensemble représenté par l'établissement de formation, le·la pharmacien·ne formateur·trice et le·la pharmacien·ne candidat·e

Etablissement de formation postgrade (= pharmacie publique du canton du Vaud) :

Nom / Raison sociale : _____

Adresse postale : _____

Pharmacien·ne responsable : _____

Adresse e-mail du·de la pharmacien·ne responsable : _____

Téléphone : _____

Coordonnée bancaires / IBAN de la Pharmacie : _____

Joindre au présent formulaire d'inscription la demande d'intégration de l'établissement de formation

Pharmacien·ne formateur·trice :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse postale : _____

Adresse e-mail : _____ Téléphone : _____

N° FPH : _____

Année d'obtention du diplôme fédéral : _____ Université : _____

Début de l'activité professionnelle dans l'établissement de formation postgrade : _____

Taux d'activité dans l'établissement de formation postgrade : _____

Joindre au présent formulaire d'inscription la demande d'intégration du·de la pharmacien·ne formateur·trice

Candidat·e à la formation postgrade

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse postale : _____

Adresse e-mail : _____ Téléphone : _____

N° FPH : _____ Date de naissance : _____

Année d'obtention du diplôme fédéral : _____ Université : _____

Début de l'activité professionnelle dans l'établissement de formation postgrade : _____

Taux d'activité dans l'établissement de formation postgrade : _____

Joindre au présent formulaire d'inscription la demande d'intégration du·de la candidat·e

Une plateforme d'échange entre les trinômes de formation participants au programme est prévue sous la forme d'un groupe fermé sur le réseau LinkedIn°, modérée par Unisanté.

Les pharmaciens·nes formateurs·trices et candidat·e·s :

- ont pris connaissance qu'un profil LinkedIn° est nécessaire
- acceptent d'intégrer ce groupe LinkedIn° fermé

La liste des pharmacies participantes au programme de soutien sera mentionnée sur le site internet du programme www.vd.ch/mentorat-fph. Le·la pharmacien·ne responsable :

- a pris connaissance de cette information
- autorise le programme de soutien à communiquer ainsi sa participation

Le trinôme de formation confirme l'exactitude des données ci-dessus et s'engage à communiquer dans les plus brefs délais toute modification de ces informations.

Pharmacien·ne responsable de l'établissement de formation

Lieu, date : _____ Signature : _____

Pharmacien·ne formateur·trice de l'établissement de formation

Lieu, date : _____ Signature : _____

Pharmacien·ne candidat·e

Lieu, date : _____ Signature : _____