

**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](http://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 : \_\_\_\_\_