



Inscription au CQP  
Dispensation de Matériel Médical à l'Officine  
CFPP 59 rue Planchat 75020 Paris

**PARTIE SALARIE**

Nom : \_\_\_\_\_ Nom d'épouse : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_ -  
Date de Naissance : / / Ville : \_\_\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
CP : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_ -  
Email(lisible) : \_\_\_\_\_ -  
Diplôme :  préparateur en Pharmacie  Pharmacien adjoint  
Je suis salarié(é) :  en CDI  en CDD date d'embauche : / /  
Je suis à la recherche d'un emploi

**PARTIE EMPLOYEUR**

Nom- Prénom du titulaire : \_\_\_\_\_  
Raison sociale : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
CP : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Siret : \_\_\_\_\_  
Email : (lisible) \_\_\_\_\_ -

J'autorise Mme/ M : \_\_\_\_\_ à suivre la formation

Fait à \_\_\_\_\_ le :

Signature de l'employeur

Cachet de l'entreprise