

MA FORMATION VACCINALE

Région Ile-de-France

Session en demi-journée

<ul style="list-style-type: none"> • Paris <p>Le 27 septembre 2019 Le 02 octobre 2019 Le 11 octobre 2019 Le 14 octobre 2019</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melun <p>Le 25 septembre 2019 Le 01 octobre 2019</p> <ul style="list-style-type: none"> • Levallois Perret <p>Le 08 novembre 2019</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Versailles <p>Le 16 octobre 2019</p> <ul style="list-style-type: none"> • Créteil <p>Le 06 novembre 2019</p> <ul style="list-style-type: none"> • Marne la Vallée <p>Le 07 novembre 2019</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meaux <p>Le 11 octobre 2019</p>
--	--

Pour remplir pleinement votre mission de santé publique, ce programme a comme objectif de :

- Connaitre les principes de base de la vaccination : efficacité, efficacité contre-indications et effets indésirables
- Echanger avec le public
- Organiser votre pharmacie
- Administrer le vaccin en IM ou en SC

Formation DPC* validant de 3h en e-learning et 3h en présentiel conforme au décret pour votre demande auprès de l'ARS

*action DPC n°10391900007



LA PARTIE E-LEARNING DOIT ÊTRE OBLIGATOIREMENT VALIDÉE AVANT LA PARTIE PRATIQUE RÉALISÉE EN PRÉSENTIEL



→ Prises en charge par les organismes :

- Pour les pharmaciens titulaires : ANDPC
ou FIF-PL
- Pour les pharmaciens adjoints : ACTALIANS

Selon les barèmes en vigueur pour l'année 2019

(Prise en charge et remboursement sous réserve des conditions réunies).

Pour les pharmaciens titulaires dirigeant d'une entreprise, possibilité de déduire de vos impôts 9,88€ (montant du smic horaire) par heure de formation dans la limite de 40h par an.

→ Frais annexes : 43€ HT

BULLETIN D'INSCRIPTION

LE PROGRAMME VACCINATION

Ville du stage : Date du stage :/...../.....

SESSION

Matin 9h-12h30

Après midi 14h-17h30

LE PARTICIPANT

Nom : Prénom :

Pharmacien Titulaire Pharmacien Adjoint N° RPPS :

Mail :

LA PHARMACIE

Pharmacie : N° Siret de la pharmacie :

Nom du titulaire : Prénom :

Adresse de la pharmacie :

CP : Ville :

Téléphone : Fax :

Mail * :

Vous recevrez un mail de confirmation d'inscription précisant le dossier à fournir

* C'est à cette adresse mail que vous seront adressées confirmation, convocation ...

Date
Bon pour accord
Signature du Titulaire

Cachet de la pharmacie

POUR VOUS INSCRIRE BULLETIN A RETOURNER

A UTIP INNOVATIONS :

PAR FAX 01 84 17 30 59 OU PAR MAIL ledpc@utipinnovations.fr



POUR PLUS D'INFORMATIONS : Nous restons à votre écoute au 05 61 63 18 37