

## MA FORMATION VACCINALE

### Région Provence-Alpes-Côte-d'Azur

#### Session en demi-journée

- **Nice**

Le 09 octobre 2019

- **Marseille**

Le 11 octobre 2019

- **Avignon**

Le 19 septembre 2019 (après-midi et soir)

- **Aix-en-Provence**

Le 17 septembre 2019 (matin)

Le 02 octobre 2019

- **Gap**

Le 01 octobre 2019

- **Toulon**

Le 10 octobre 2019

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

- Connaître 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°1039190007



**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](mailto:ledpc@utipinnovations.fr)**



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