

**FORMATION PRÉSENTIELLE**

**Bon de commande  
disponible en signature  
électronique**

**ou à envoyer à  
votre équipe formation**

Tél 01 45 17 99 05

Fax 01 45 17 64 85

universite@phoenixpharma.fr

Pharmacie

Nom du titulaire

Prénom du titulaire

Adresse

CP  Ville

Tél  Fax

E-mail de l'officine

N° GERS ou N° IDF

**TITRE DU STAGE**  **LIEU**  **DATE**

Nom

Prénom

Titulaire  Adjoint  Préparateur

N° RPPS/ADELI

Nom

Prénom

Titulaire  Adjoint  Préparateur

N° RPPS/ADELI

**TITRE DU STAGE**  **LIEU**  **DATE**

Nom

Prénom

Titulaire  Adjoint  Préparateur

N° RPPS/ADELI

Nom

Prénom

Titulaire  Adjoint  Préparateur

N° RPPS/ADELI

**TITRE DU STAGE**  **LIEU**  **DATE**

Nom

Prénom

Titulaire  Adjoint  Préparateur

N° RPPS/ADELI

Nom

Prénom

Titulaire  Adjoint  Préparateur

N° RPPS/ADELI

**Inscription sous réserve de places disponibles**

A la suite de cette inscription, l'organisme de formation vous fera parvenir votre dossier de prise en charge accompagné des documents relatifs à votre inscription.

Fait à  le

Commercial

Signature du titulaire.

Région



Les informations recueillies dans le présent formulaire sont destinées à PHOENIX Pharma et seront seulement utilisées dans le cadre du service PHOENIX Université pour une durée n'excédant pas la durée de mise en place et exécution de la prestation demandée, assortie d'un délai d'un an. Les données recueillies dans le cadre du présent formulaire seront transférées aux prestataires en charge de la formation (WKT Consult' ou Echoform ou LCP (Learning Concept Pharm) selon la formation choisie) qui pourra les transmettre aux OPCA avec lesquelles les prestataires travaillent (ANDPC, FIF-PL, ACTALIANS, INRS). Conformément au Règlement (UE) Général sur la Protection des Données Personnelles n°2016/679 et à la loi Informatique et Libertés n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, le titulaire pourra exercer ses droits d'accès, de rectification, de suppression, de limitation et d'opposition au traitement, ainsi que son droit à la portabilité de ses données et au retrait de son consentement. Le titulaire peut exercer ses droits, à tout moment, en adressant sa demande par mail à l'adresse dataprotection@phoenixpharma.fr ou par courrier adressé à PHOENIX Pharma - DPO - 1 rue des Bouvets, 94015 Créteil Cedex. Le titulaire dispose, par ailleurs, d'un droit de recours auprès d'une autorité de contrôle.