

AUTORISATION DE DIFFUSION OU D’AFFICHAGE

Formation de Préparateur en Pharmacie Hospitalière

Cadre légal : Arrêté du 31 juillet 2024 2 août 2006 modifié

Session 2025/2026

CANDIDAT :

NOM

PRENOM

Centre de Formation de Préparateurs en Pharmacie Hospitalière

20 rue de Belletanche

57000 METZ

Tel : 03 87 76 40 44

cfpph.secretariat@chr-metz-thionville.fr

www.ecolesantemetz.com





Centre de Formation de Préparateurs en Pharmacie Hospitalière

Lycée Robert Schuman

20 rue de Belletanche

57000 METZ

Tél : 03 87 76 40 44

cfpph.secretariat@chr-metz-thionville.fr

www.ecolesantemetz.com

AUTORISATION DE DIFFUSION OU D’AFFICHAGE

Je soussigné (e) Mme ou M.....

AUTORISE

N’AUTORISE PAS

le centre de formation de Préparateurs en Pharmacie Hospitalière de Metz à faire apparaître mon nom sur le site internet ou sur le tableau d’affichage du CFPPH de Metz.

A....., le

Signature précédée de la mention "Lu et approuvé"