

## 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](mailto:cfpph.secretariat@chr-metz-thionville.fr)

[www.ecolesantemetz.com](http://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](mailto:cfpph.secretariat@chr-metz-thionville.fr)

[www.ecolesantemetz.com](http://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"