FPH
Spital | Hôpital

……., le…….....

Fachgesellschaft
FPH Spital
1700 Fribourg

FORMULAIRE DE RENONCIATION AU TITRE DE SPÉCIALISTE EN PHARMACIE HOSPITALIÈRE

Par la présente, je confirme que je ne remplirai plus les exigences annuelles de formation continue et que je ne transmettrai plus le dossier de déclaration de formation continue à la commission.

Je renonce donc à la réévaluation du titre Spécialiste en Pharmacie Hospitalière qui exige une formation continue régulière annuelle et je donne mon accord au retrait du droit d'usage du titre de spécialiste en Pharmacie Hospitalière.

Nom .....…….....

Nom et Prénom .....…….....

Lieu de travail .....…….....

Institution, Rue, NPA, Lieu .....…….....

Tél. direct .....

e-Mail .....

Date ……..... Signature .....

Form n° 10170028