

....., le.....

Fachgesellschaft  
FPH Spital  
CH 1700 Fribourg

## FORMULAIRE DE RENONCIATION AU CERTIFICAT FPH EN PHARMACIE CLINIQUE

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 Certificat FPH en Pharmacie Clinique qui exige une formation continue régulière annuelle et je donne mon accord au retrait du droit d'usage du titre du certificat FPH en Pharmacie Clinique.

Nom .....  
Nom et Prénom

.....

Lieu de travail .....  
Institution, Rue, NPA, Lieu

.....

Tél. direct .....

e-Mail .....

Date .....

Signature .....