



Formulaire de demande d'approbation d'une formation continue

À COMPLETER EN LETTRES MAJUSCULES S.V.P.

Nom du demandeur (personne, université, organisation, ...)

Dénomination :

Adresse : N° : Boîte :

Code postal : Commune :

Téléphone/GSM : Fax :

E-mail :

Lieu et date de la formation continue

Dénomination de la formation continue :

Date : du Nombre d'heures/durée :
au

Lieu :

Adresse : N° : Boîte :

Code postal : Commune :

Personne responsable de la délivrance des attestations de présence

Nom :

Prénom :

Sexe : M / F

Fonction :

Adresse : N° : Boîte :
(éventuellement du secrétariat de l'organisation)

Code postal : Commune :

Téléphone/GSM : Fax :

E-mail :

Le contenu de la formation continue.

Le contenu de la formation continue doit figurer en annexe du présent formulaire de demande.

Cet aperçu doit mentionner pour chaque module les **sujets** qui seront traités. Il doit également mentionner le nombre total **d'heures effectives** de la formation continue. Ajoutez en plus un copie de l'invitation/le programme.

Les 5 différents modules sont :

- module 1 : organisation et gestion des hôpitaux
- module 2 : lutte contre les infections et prévention
- module 3 : pharmacothérapie
- modules 4 & 5 : technologie hospitalière et radiopharmaca

Le présent formulaire et les annexes doivent être envoyés à l'adresse suivante:

Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement
Commission d'agrément des pharmaciens hospitaliers
Place Victor Horta 40 boîte 10
1060 Bruxelles

Date :

Prénom + Nom :

Signature :