

**BULLETIN DE PARTICIPATION
PHARMACIEN ET ENTRETIEN TABAC**

JE SOUSSIGNE(E) :

TITRE : MME M.

NOM:..... PRENOM :.....

EXERCANT :

NOM DE LA PHARMACIE :

ADRESSE :

CODE POSTAL : LOCALITE :

TELEPHONE : FAX :

COURRIEL :

- souhaite participer à l'action « Entretiens tabac en officine » porté par AddictLim**
- atteste avoir lu les conditions de mise en œuvre du partenariat**
- atteste avoir été formé :**
 - en participant à la soirée de formation du 6 octobre 2016**
 - en ayant lu le guide professionnel « tabac, ouvrons le dialogue »**

Date :

Signature :

A renvoyer à AddictLim :

- Par courrier : AddictLim, 26 avenue des courrières, 87 170 Isle
- Par fax : 05 24 84 18 03