

DEMANDE D'AGREMENT DE MAITRE DE STAGE

Je soussigné, Dr.....

demande mon agrément en tant que maître de stage.

Pharmacie :

Ville :

Téléphone :.....GSM :.....

Fax :.....

E mail

Diplômé de :

Date d'obtention :.....

Numéro d'autorisation d'exercice :.....

Nombre d'années d'exercice :.....

Signature et cachet