

ATTESTATION DE FORMATION

Je soussigné(e)

Mme / M.

Né(e) le :

Demeurant :

Nom de la pharmacie :

Adresse de la pharmacie :

Code CIP :

atteste sur l'honneur avoir suivi la formation en e-learning sur le TROD BIOSYNEX COVID-19 BSS mise à disposition pour les pharmaciens sur le site www.biosynex.com conformément aux recommandations de la HAS.

Fait à, le

Signature

