

Votre raison sociale :

Votre nom :

Votre adresse email :

Signature et cachet :

Je souhaite adhérer au SN2P

Montants de cotisation :

- 150 € pour les officines non sous-traitantes.
- 0,01% du CA avec un minimum de 150 € et un maximum de 1000 € pour les autres (officines sous-traitantes, laboratoires, fournisseurs, éditeurs, organisme de formation...).

Règlement :

- Je règle par chèque à l'ordre du SN2P et je l'envoie à l'adresse ci-dessous.
- Je règle par virement. IBAN : FR76 3000 3031 2000 0504 6260 585 - SOGEFRPP

Je souhaite participer à un groupe de travail du SN2P :

- Remboursement des préparations
- Promotion de la préparation auprès des prescripteurs
- Défense de la préparation officinale
- Défense des préparations homéopathiques
- Veille réglementaire
- Qualité des préparations
- « Tarex » SN2P en lien avec les BPP
- Autres intérêts :

A nous retourner accompagné de votre règlement :

- par courrier : SN2P - 31 rue d'Amsterdam - 75008 PARIS
- par courriel : contact@sn2p.fr