

Raison sociale / Nom :

Adresse postale :

Adresse de courriel :

Numéro de téléphone :

Signature et cachet :

Je souhaite adhérer au SN2P pour l'année 2023 en tant que :

- Personne morale, montant de cotisation : 150 €
- Membre bienfaiteur, montant de cotisation : 1000 €
- Personne physique, cotisation libre : €
Cette cotisation s'adresse plus particulièrement aux médecins, pharmaciens hospitaliers, préparateurs, universitaires, étudiants...

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 3006 6101 5100 0206 6990 162 - CMCIFRPP

Je souhaite participer à un groupe de travail du SN2P :

- Ruptures : Amoxicilline, Paracétamol, Prednisolone...
- Remboursement des préparations
- Promotion de la préparation auprès des prescripteurs
- Défense des préparations officinales / homéopathiques
- Veille réglementaire
- Qualité des préparations / BPP 2022
- Approvisionnement des MPUP / mutualisation des achats
- Autres intérêts :

Merci de nous retourner ce formulaire accompagné de votre règlement :

- soit par courrier : SN2P - 31 rue d'Amsterdam - 75008 PARIS

- soit par courriel : contact@sn2p.fr