

Raison sociale / Nom :

Adresse postale :

Adresse de courriel :

Numéro de téléphone :

Numéro de téléphone pour groupe WhatsApp :

Signature et cachet :

Je souhaite adhérer au SN2P pour l'année 2025 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 virement. IBAN : FR76 3006 6101 5100 0206 6990 162 - CMCIFRPP

Je souhaite participer à un groupe de travail du SN2P :

Ruptures : Amoxicilline, Quetiapine...

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 :

Formulaire et avis de virement à nous retourner par courriel : contact@sn2p.fr