



“IBFAN APPROVED PHARMACISTS”
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗΣ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ
ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΓΑΛΟΥΧΙΑΣ & ΘΗΛΑΣΜΟΥ

ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Επώνυμο			
Όνομα			
Ημερομηνία Γέννησης			
Φύλο		Αριθμός παιδιών	
Διεύθυνση	Οδός	Αριθμός	T.K.
	Πόλη	Νομός	
Τηλέφωνο εργασίας			
Τηλέφωνο οικίας			
Τηλέφωνο κινητό			
Τηλέφωνο FAX			
Διεύθυνση email			
Επάγγελμα			
Ιδιότητα			
Ιστοσελίδα			
Γνώσεις σε Θέματα Θηλασμού			

Αφορά Φαρμακοποιούς, που ενδιαφέρονται για την Πιστοποίηση “IBFAN APPROVED PHARMACIST”

Με την υποβολή της παρούσας αίτησης, δηλώνω υπεύθυνα ότι:

- Έχω μελετήσει και πληρώ όλες τις προϋποθέσεις συμμετοχής στο Πρόγραμμα Επιμόρφωσης Φαρμακοποιών “IBFAN APPROVED PHARMACISTS”.
- Αποδέχομαι πλήρως τους όρους και τις προϋποθέσεις συμμετοχής στο Πρόγραμμα Επιμόρφωσης Φαρμακοποιών “IBFAN APPROVED PHARMACISTS”.

Όνοματεπώνυμο

Υπογραφή

Ημερομηνία

.....

.....

.....

Επισυναπτόμενα (σε μορφή .pdf, .jpeg, .bmp)

Αντίγραφο Πτυχίου Φαρμακευτικής Σχολής	
Άδεια Ασκήσεως Επαγγέλματος	
Φοιτητική Ταυτότητα (για Φοιτητές Φαρμακευτικής Σχολής)	