Faculté de Pharmacie de Monastir

Année Universitaire 2020/2021

Résidanat en Pharmacie Hospitalière et Industrielle

Demande D’inscription aux UV

**Nom :** ……………………………………………………………………………

**Prénom :** ………………………………………………………………………..

**Date de Naissance :** ………………………………………………………….

**Lieu de Naissance :** …………………………………………………………..

**N° C.I.N :** ………………………………………………………………………...

**Adresse E-mail :** …………………….………………………………………...

|  |  |
| --- | --- |
| ***UV*** |  |
| ***UV : Pharmacotechnie*** |  |
| ***UV : Contrôle de qualité des Médicaments*** |  |
| ***UV : Pharmacie Clinique*** |  |
| ***UV : Pharmacologie - Pharmacocinétique*** |  |

Deux UV aux choix parmi la liste ci-dessus.

Fait à Monastir le, ……. /……. / …….