



BULLETIN D'INSCRIPTION 2025

1 - LE PARTICIPANT AU STAGE : **bien remplir toutes cases SVP !**

<input type="checkbox"/> Est un Homme		<input type="checkbox"/> Est une femme			
Nom :		Prénom :			
Date de naissance :		Département de naissance :			
N° de sécurité sociale sans la clé (13 numéros) :					
Email personnel :			Tel. portable :		
Adresse personnelle :					
Poste occupé	<input type="checkbox"/> Titulaire	<input type="checkbox"/> Adjoint (e)	<input type="checkbox"/> Préparateur (ice)	<input type="checkbox"/> En CDD	<input type="checkbox"/> En CDI
	<input type="checkbox"/> Autre, à préciser :				
Formation prévue	<input type="checkbox"/> Pendant le temps de travail		<input type="checkbox"/> Hors temps de travail	<input type="checkbox"/> Candidat libre	
Nombre d'heures si hors temps de travail =			Salaire horaire brut chargé = Euros		

2 - LE PARTICIPANT PRESENTE T'IL : **bien remplir toutes cases SVP !**

1) Une situation de handicap avec une adaptation technique ou pédagogique particulière à prévoir ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	2) Une allergie / intolérance, un régime alimentaire particulier ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
A préciser si OUI :			

3 - ENTREPRISE : **bien remplir toutes cases SVP !**

Effectif	<input type="checkbox"/> Moins de 11 salariés	<input type="checkbox"/> Plus de 11 salariés
Nom de l'entreprise ou pharmacie		
Nom du groupement de la pharmacie		
SIRET de l'entreprise ou pharmacie		
Nom du (des) titulaire (s) - Dirigeant (s)		
Tél. Portable du titulaire (dirigeant)		
Email de l'entreprise ou pharmacie		

4- DÉLÉGATION DE SAISIE DE DOSSIER OPCO EP (salariés) **Bien lire avant de cocher chaque case SVP**

<input type="checkbox"/> - JE CERTIFIE : 1) <i>M'être assuré auprès de OPCO EP d'être à jour de ma contribution conventionnelle 2025.</i> 2) <i>Avoir pris connaissance de la disponibilité de mon budget de formation et des barèmes en cours (via l'extranet opcoep.fr)</i> 3) <i>Avoir pris connaissance de la totalité de la convention de formation A2N Consulting.</i>
<input type="checkbox"/> - JE DELEGUE la saisie du dossier de demande de prise en charge OPCO EP à A2N Consulting et en accepte le coût de 40 € TTC , s'ajoutant aux frais annexes de 132 € TTC . - Je règle à A2N Consulting montant total des frais annexes, soit 172 € TTC (montant provisoire) - <i>Avant de cocher cette case : je prends connaissance de la convention de formation (articles 5 et 7) je m'assure de ma limite de financement et de la disponibilité du budget pédagogique (voir barèmes OPCO EP en ligne et mon compte extranet via le site opcoep.fr)</i>
<input type="checkbox"/> - JE NE DELEGUE PAS la saisie du dossier de demande de prise en charge, je fais la demande moi-même directement auprès de OPCO EP. Je règle à A2N Consulting la totalité du coût de la formation soit 804 euros TTC pour l'année 2025 (voir convention)



5 - DEPLACEMENT / HEBERGEMENT		<i>Obligatoire à remplir pour les salariés en délégation OPCO EP à A2N</i>	
Distance (aller simple) en KM entre le lieu d'habitation du stagiaire et celui de la formation (cf. adresse de la formation sur le site web A2N), si déplacement en voiture		= KM	
Hébergement / nuit(s) d'hôtel prévue(s) pour le stagiaire :		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si OUI, Nombre de nuits	=	et coût de l'hébergement	= € HT

6 - FORMATION CHOISIE : VOIR LE CALENDRIER EN LIGNE SUR https://a2n-consulting.com/		
MODULE	DATES	LIEU (VILLE)
<input type="checkbox"/> Module 1 : Alimentation Santé		
<input type="checkbox"/> Module 2 : Micronutrition /bases		
<input type="checkbox"/> Module 3 : Nutrition et micronutrition en pédiatrie		
<input type="checkbox"/> Module 4 : Prévention et accompagnement du cancer		
<input type="checkbox"/> Module 5 : Cas de comptoir N°1		
<input type="checkbox"/> Module 6 : Conseil associé à l'ordonnance		
<input type="checkbox"/> Module 7 : Neuronutrition		
<input type="checkbox"/> Module 8 : Besoins du sportif		
<input type="checkbox"/> Module 9 : Entretien nutritionnel et pathologies N°1		
<input type="checkbox"/> Module 10 : Cas de comptoir N°2		
<input type="checkbox"/> Module 11 : Entretien nutritionnel et pathologies N°2		
<input type="checkbox"/> Module 12 : Nutrition et micronutrition / surpoids - diabète		

7 - RECAPITULATIF DES TARIFS ET COÛTS FACTURÉS A L'ENTREPRISE - (PROVISOIRES)

ANNEE 2025	TARIFS TTC	COÛT FACTURÉ TTC	CORRESPONDANCE COÛT FACTURÉ TTC
Pharmacien titulaire	804 € TTC	804 € TTC	Frais pédagogiques
Salarié de l'entreprise Tiers déclaration OPCO EP	844 € TTC	172 € TTC <i>(subrogation pour les frais pédagogiques de 672 € TTC)</i>	- Frais annexes (132 euros TTC) + - Frais de saisie OPCO EP (40 euros)
Salarié de l'entreprise ou candidat libre Pas de tiers déclaration	804 € TTC	804 € TTC	- Frais pédagogiques (672 euros) + - Frais annexes (132 euros)

Certifié exact et accepté le :

Signature **obligatoire** du pharmacien titulaire :

Cachet de l'entreprise