 ***A adresser à : Perrine Duranthon -Trésorier APRHOC –***

***Service Pharmacie – CH de Châteauroux 216 avenue de Verdun – 36000 Châteauroux***

**Pharmacien : (joindre votre chèque de cotisation APRHOC 2018 = 20 €)**

Nom ……………………………………. Prénom : …………………………………………….

Adresse professionnelle :

 Etablissement : …………………………………………………………………….

 Adresse : …………………………………………………………………………………………………………

 CP : …………………………………………

 Ville : ………………………………………………

 Tel : ……………………………………………….

 Fax : ………………………………………………

 Mail : …………………………………………………@……………………………………………….

**Type d’établissement :**

Etablissement privé 🞏

Etablissement public 🞏

ESPIC 🞏

* CH Nombre de lits / places : ………………….
* CHU/CHR Nombre de lits / places : ………………….
* CAC Nombre de lits / places : ………………….
* Clinique Nombre de lits / places : ………………….
* Centre de rééducation Nombre de lits / places : ………………….
* EHPAD Nombre de lits / places : ………………….
* Autre : ………………………………….. Nombre de lits / places : ………………….

**Statut (pour ceux qui exercent dans le public)**

* PH 🞏 Assistant 🞏 Attaché
* contractuel

Fonctions exercées à temps plein 🞏 (y compris temps plein à activité réduite) temps partiel 🞏

Activité partagée sur plusieurs établissements 🞏

Fonctions universitaires (titulaires) : 🞏 oui : lesquelles : …………………………………. 🞏 non