

## Dossier d'inscriptions – Conditions contractuelles

**Convention de Qualité signée entre le pharmacien titulaire ou gérant et l'Association Mieux Prescrire**, par laquelle les deux parties s'engagent à respecter les normes de qualité de la *Formation Prescrire Équipe Officinale*.

Le pharmacien titulaire ou gérant s'engage à respecter le cahier des charges suivant : mettre à disposition un endroit calme, propice à la réflexion et à la concentration où le personnel puisse se former ; prévoir un temps de formation de 30 minutes, dans le planning hebdomadaire de chaque salarié volontaire inscrit ; mettre à disposition des membres de l'équipe, à l'officine, la revue *Prescrire* et un ordinateur relié à une imprimante et doté de la Bibliothèque électronique Prescrire pour donner accès aux textes de *Prescrire* dans le cadre de la section de formation complémentaire "Pour en savoir plus".

L'Association Mieux Prescrire s'engage à réaliser le cahier des charges décrit dans le déroulement de la Formation, et s'engage à fournir au(x) pharmacien(s) titulaire(s), à l'issue de chaque session trimestrielle, un document précisant si chaque inscrit a validé ou non la formation (sans toutefois préciser le détail des notes).

Pour l'Association Mieux Prescrire,  
le Président Philippe MURA :



Pour la pharmacie d'officine,  
le Titulaire ou Gérant :

**Convention de Qualité signée par chaque membre inscrit, volontaire et motivé, de l'équipe officinale (y compris le pharmacien titulaire si ce dernier désire participer lui-même à la formation) et par l'Association Mieux Prescrire**, par laquelle les deux parties s'engagent à respecter le bon déroulement de la formation.

Chaque inscrit s'engage à participer selon les conditions décrites dans le déroulement de la Formation, et à retourner le questionnaire "Les Questions du Trimestre" à l'issue de chaque session. Il s'engage également à répondre personnellement, et sans aide extérieure autre que les supports de formation, aux "Questions du Trimestre".

L'Association Mieux Prescrire s'engage à respecter le cahier des charges décrit dans le déroulement de la Formation, ainsi que le caractère personnel de cette formation en adressant, individuellement, les supports de formation, les questionnaires et les résultats trimestriels, ainsi que les attestations trimestrielles certifiant la validation des sessions trimestrielles (notes supérieures ou égales à 16/20). Seule une attestation trimestrielle certifiant la validation (ou non) de la formation, est adressée au pharmacien titulaire ou au gérant, sans précision des notes obtenues.

Pour l'Association Mieux Prescrire, le Président Philippe MURA :



Pour l'Officine :

**Participant 1** : Nom : ..... Prénom : .....

Fonction : ..... Signature :

**Participant 2** : Nom : ..... Prénom : .....

Fonction : ..... Signature :

**Participant 3** : Nom : ..... Prénom : .....

Fonction : ..... Signature :

**Participant 4** : Nom : ..... Prénom : .....

Fonction : ..... Signature :

**Participant 5** : Nom : ..... Prénom : .....

Fonction : ..... Signature :

Signé à : ..... le : .....

Cette formation est organisée en sessions trimestrielles successives : janvier-mars ; avril-juin ; juillet-septembre ; octobre-décembre. Pour inscrire votre équipe, retournez ce bulletin au plus tard un mois après la date de début d'une session. Exemple : pour participer à la formation à partir de la session octobre-décembre 2010, retournez ce bulletin au plus tard le 31 octobre 2010.

## Bulletin d'inscriptions (à compléter par le titulaire ou le gérant de l'officine)

Nom : ..... Prénom : .....

Titulaire ou gérant de l'officine : .....

Adresse : .....

.....

Code postal : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Ville : .....

N° d'abonné(e) : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] (ce numéro figure dans toutes les correspondances émanant de *Prescrire*)

**J'ai bien noté que la formation nécessite que les participants aient accès à la Bibliothèque électronique Prescrire au sein de l'officine.**

Je confirme que l'officine est dotée de la Bibliothèque électronique Prescrire.

L'officine n'est actuellement pas dotée de la Bibliothèque électronique Prescrire. Pour y avoir accès, je souhaite, en tant que titulaire de l'officine, transformer l'abonnement à *Prescrire* en abonnement à *L'Intégrale Prescrire*. J'ai bien noté que l'équipe Relations Abonnés me contactera pour la transformation d'abonnement dès enregistrement de ma demande d'inscription(s) à la *Formation Prescrire Équipe Officinale*.

Pour plus de renseignements sur *L'Intégrale Prescrire*, rendez-vous sur le site [www.prescrire.org](http://www.prescrire.org) (partie "s'abonner / s'abonner à Prescrire") ou en page V de la « Lettre aux Abonnés » brochée au milieu des numéros.

**Je certifie** avoir pris connaissance des conditions contractuelles de la *Formation Prescrire Équipe Officinale* et en avoir signé la Convention de Qualité, en tant que titulaire ou gérant de l'officine.

**J'inscris** les membres de l'équipe dont les noms suivent, qui ont eux-mêmes pris connaissance des conditions contractuelles de cette formation, et ont signé la Convention de Qualité, en tant que participants :

Nom : ..... Prénom : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Nom : ..... Prénom : .....

**J'ai pris note du coût annuel d'inscription correspondant à 4 trimestres de formation pour chacun des participants, soit :**

**452,08 € TTC (378 € HT) x ..... participants = ..... € TTC**

NB : Ces frais d'inscriptions peuvent figurer dans les charges déductibles de l'officine.

**Je règle par :**

Prélèvement. Merci d'utiliser l'autorisation que j'ai déjà fournie à *Prescrire*

Carte bancaire :  American Express  Eurocard  Mastercard  Visa

n° [ ]

Date de fin de validité : [ ] [ ] 20 [ ] [ ] Signature :

Virement au compte La Banque Postale Paris 20041 00001 0061205H020 22

Chèque libellé à l'ordre de *Prescrire*

**À :** ..... **Le :** ..... **Signature :** .....