|  |  |
| --- | --- |
|  | Club des Utilisateurs  d’Automates de Pharmacie |
| FORMULAIRE D’ADHÉSION |

- L’adhésion au CUAP est individuelle, nominative et strictement personnelle -

Nom**:** *Cliquez ici pour entrer du texte.*

Prénom **:** *Cliquez ici pour entrer du texte.*

Mail **:** *Cliquez ici pour entrer du texte.*

Téléphone **:** *Cliquez ici pour entrer du texte.*

Etablissement/structure **:** *Cliquez ici pour entrer du texte.*

Fonction **:** *Cliquez ici pour entrer du texte.*

Je soussigné *Cliquez ici pour entrer du texte.*

Pharmacien en PUI et/ou inscrit à la Section H du CNOP,

Autre personnel de PUI : …………………………………………

Atteste avoir reçu, lu et signé la charte du CUAP.

Je suis informé(e) que mon adhésion au CUAP me permet d’accéder à la liste de discussion interne au CUAP (en partenariat avec l’ADIPH), aux documents et à l’espace adhérent du site internet du CUAP.

Je retourne **un exemplaire signé** de la **charte** au secrétariat du CUAP **avec ce formulaire d’adhésion** dûment renseigné à VAILLAND Valérie [v.vailland@epsm-sarthe.fr](mailto:v.vailland@epsm-sarthe.fr)

Je règle la cotisation annuelle d’un montant de **20€** :

Par chèque à l’ordre du Club des Utilisateurs d’Automate de Pharmacie ou CUAP.

Envoyer le chèque à l’une des deux adresses postales suivantes ou possibilité de le donner en main propre :

**Valérie VAILLAND**

Pharmacien gérant

EPSM de la Sarthe

Service Pharmacie

20 Avenue du 19 Mars 1962,

72700 Allonnes

En ligne via Hello ASSO :

<https://www.helloasso.com/associations/club-des-utilisateurs-d-automate-de-pharmacie-cuap/adhesions/paiement-en-ligne-de-la-cotisation-annuelle-a-l-association-du-cuap-1>

Je déclare vouloir intégrer la branche des utilisateurs (cocher la ou les cases) :

d’Automates de PDA nécessitant un Déconditionnement préalable,

d’Automates de PDA de Sur-conditionnement,

d’Automates de Délivrance globale.

Fait à *Cliquez ici pour entrer du texte.* LeCliquez ici pour entrer une date.

Merci de remplir les informations concernant votre équipement dans le tableau de la page suivante

|  |  |
| --- | --- |
|  | Club des Utilisateurs d’Automates de Pharmacie |
| FORMULAIRE D’ADHÉSION – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES |

**EQUIPEMENTS DANS VOTRE ETABLISSEMENT**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **AUTOMATE** | | | **EQUIPEMENTS ANNEXES** | | **LOGICIELS** | | | **NOMBRE DE LITS** | | | | |
| Marque | Modèle | Projet d’achat | Déblistéreuse | Contrôleur optique | DPI | LAD | GEF | MCO | PSY | EHPAD  SSR  LS | Total | En PDA Automatisée |
|  |  | OUI/NON | Choisissez un élément.  Marque/  Modèle | Choisissez un élément.  Marque/  Modèle |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | OUI/NON | Choisissez un élément.  Marque/  Modèle | Choisissez un élément.  Marque/  Modèle |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | OUI/NON | Choisissez un élément.  Marque/  Modèle | Choisissez un élément.  Marque/  Modèle |  |  |  |  |  |  |  |  |