



Coordination Multipartenariale  
pour l'Éducation Thérapeutique

**CoMET-BFC** (Association Loi 1901)  
7 rue Albert Thomas 25000 BESANCON  
Tél. : 03.81.84.54.47 | Email : [contact@comet-bfc.fr](mailto:contact@comet-bfc.fr)

N° Siret : 441 288 651 000 33 | N° de déclaration d'activité : 43 25 02656 25  
N° de référence ODPC : 4156 | Certificat Qualiopi 64612-2

## BULLETIN DE PRÉ-INSCRIPTION

**À la formation :** L'entretien pharmaceutique (cf. programme ci-joint, aussi disponible : [www.comet-bfc.fr](http://www.comet-bfc.fr))

**Dates :** 29 avril et 27 mai 2026

**Horaires :** de 9h00 à 17h00 (1 heure de pause déjeuner)

**Lieu :** CoMET-BFC – 7 rue Albert Thomas – 25000 Besançon

Le déjeuner n'est pas compris dans le coût de formation.

➤ **Coût de la formation :** 160,00€ **ou** tarif adhérent (à titre individuel pour 2026) : 135,00€ (cf. Conditions Générales de Ventes disponibles sur notre site internet)

Formation éligible à une prise en charge ANDPC. Pour plus d'information nous vous remercions de bien vouloir nous contacter au 03 81 84 54 47 ou par mail : [contact@comet-bfc.fr](mailto:contact@comet-bfc.fr)

➤ **Conditions d'admission :**

- Public : pharmaciens d'officine et pharmaciens hospitaliers
- Pré-requis :
  - Être titulaire du diplôme de pharmacien
  - Exercer en tant que pharmacien, en officine ou en établissement de santé

- Date limite de retour du bulletin : **2 mars 2026** à l'adresse : [contact@comet-bfc.fr](mailto:contact@comet-bfc.fr)

Cette inscription n'est pas automatique, nous vous contacterons le **6 mars 2026** par e-mail, après la commission d'admission.

➤ **Accessibilité situation de handicap :** si vous avez des besoins spécifiques en matière d'accessibilité, nous vous remercions de bien vouloir nous contacter au 03 39 25 05 19 ou par mail : [coordination@comet-bfc.fr](mailto:coordination@comet-bfc.fr)

Nom : ..... Prénom : .....

Profession : .....

Secteur activité :  Libéral  Hospitalier  Salarié ambulatoire  Autre : .....

N° ADELI ou RPPS pour les professionnels concernés : .....

Adresse complète du lieu d'exercice : .....

Tél : ..... Courriel du candidat **obligatoire** : .....

<input type="checkbox"/> Mon établissement / employeur prend en charge cette formation : <b>160,00€.</b> (Joindre obligatoirement une attestation de prise en charge) <u>Adresse de facturation :</u> ..... ..... .....	<input type="checkbox"/> Inscription individuelle : O J'adhère à la CoMET BFC pour 2026 (15,00€, bulletin d'adhésion disponible : <a href="http://www.comet-bfc.fr">www.comet-bfc.fr</a> )  <input type="radio"/> Je ne souhaite pas adhérer
<u>E-mail contact :</u> .....	
<input type="checkbox"/> Formation prise en charge par un l'ANDPC : .....	

**Qui a initié votre inscription à cette formation ? :**

Vous-même     Votre employeur     Autre : .....

**Quels sont les besoins à l'égard de cette formation, les projets en lien avec l'ETP ?** (Les écarts à combler entre une situation actuelle et une situation souhaitée ou requise pour atteindre un objectif professionnel) :

.....  
.....  
.....

**Quelles sont vos motivations à participer à cette formation ?** (Ce qui vous pousse à entreprendre cette formation, ce qui vous anime intérieurement pour y participer)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Quelles sont vos attentes durant la formation ?** (Concernant les contenus, la méthode, les apports, le déroulement, voire les résultats concrets attendus)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....