



Formation Professionnelle  
**Pharma Strategy & Marketing**  
4 – 8 février 2019

## Dossier d'inscription

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Téléphone mobile : .....

Adresse e-mail : .....

| Formations : | Années | Diplôme | Etablissement |
|--------------|--------|---------|---------------|
| .....        | .....  | .....   | .....         |
| .....        | .....  | .....   | .....         |
| .....        | .....  | .....   | .....         |

Expérience professionnelle (indiquer les 2 derniers postes occupés) :

| Années | Fonctions | Entreprise |
|--------|-----------|------------|
| .....  | .....     | .....      |
| .....  | .....     | .....      |

Préciser votre fonction actuelle :

Titre : .....

Service : ..... Entreprise : .....

Principales activités / responsabilités : .....

.....

.....

Ce dossier d'inscription est à retourner à :

**Smart Pharma *Institute of Management***

1, rue Houdart de Lamotte - 75015 – Paris

Téléphone : + 33 (0) 6 11 96 33 78 - Fax : + 33 (0) 1 45 57 46 59

E-mail : [jmpeny@smart-pharma.com](mailto:jmpeny@smart-pharma.com)



**Smart Pharma *Institute of Management***

A division of  **Smart Pharma Consulting**

Quelles sont vos attentes concernant ce programme de formation ?

---

---

---

---

---

---

---

---

Comment ce programme s'inscrit-il dans votre projet professionnel ?

---

---

---

---

---

---

---

---

Nom de l'entreprise : .....

Adresse : .....

Code postal : .....

Ville : ..... Téléphone : .....

Fax : .....

Nom / titre du supérieur hiérarchique : ..... / .....

Nom du Responsable de la formation des cadres : .....

Nom du Directeur des ressources humaines : .....

**Smart Pharma Consulting est agréée "organisme de formation"  
depuis le 1<sup>er</sup> février 2002 – N° d'identification : 1175 3615 775**



**Smart Pharma *Institute of Management***

A division of  **Smart Pharma Consulting**