

LETTRE DE PRÉ-ENGAGEMENT

Formation de Préparateurs en Pharmacie Hospitalière

Voie par apprentissage

A RETOURNER AU PLUS TARD LE 6 JUIN 2025

Monsieur le directeur,

Je vous confirme que :

Nom de la structure _____ Nom du responsable : _____

Adresse complète : _____

Téléphone : _____ Mail : _____

s'engage, au titre de l'année de formation 2025-2026, à accueillir et à prendre en charge le financement, sous réserve de sa sélection par le CFPPH de Tours, le ou les apprenti(s) nommé(s) ci-dessous :

Nom de naissance : _____

Nom d'usage : _____

Prénom(s) : _____

Date de naissance : _____

Nom de naissance : _____

Nom d'usage : _____

Prénom(s) : _____

Date de naissance : _____

Nom de naissance : _____

Nom d'usage : _____

Prénom(s) : _____

Date de naissance : _____

Date :

SIGNATURE ET CACHET