Confirmation de présence

Votre présence à cette activité a été confirmée.

Participant		
Nom	**Prénom**	**N° de permis OPQ**

Activité de formation			
Titre	**N° OPQ**	**Date** 05 mai 2024	
Catégorie (OPQ)	**Type**	**Durée**	**UFC**

Veuillez imprimer ou enregistrer en PDF ce document et le conserver à titre de pièce justificative, conformémement aux exigences du Règlement sur la formation continue obligatoire des pharmaciens.