

LETTRE DE PRÉ-ENGAGEMENT
Formation de Préparateurs en Pharmacie Hospitalière
Voie par apprentissage

Madame la Directrice,

Je vous confirme que (Identification de l'établissement et de son
représentant).....

s'engage, au titre de l'année de formation 2018-2019, 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 et prénom :

Nom et prénom :

Date

Signature et tampon