

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

Monsieur le directeur,

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

s'engage, au titre de l'année de formation 2020-2021, 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**