



## 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 02 mai 2024	
Catégorie (OPQ)	Type	Durée	UFC

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