|  |  |
| --- | --- |
| C:\Users\EDAVIDAU\AppData\Local\Microsoft\Windows\INetCache\Content.Word\logoCUAP-petit.png | Club des Utilisateurs  d’Automates de Pharmacie |
| FORMULAIRE D’ADHÉSION |

- L’adhésion au CUAP est individuelle, nominative et strictement personnelle –

Nom**:** *Cliquez ici pour entrer du texte.*Mail **:** *Cliquez ici pour entrer du texte.*

Prénom **:** *Cliquez ici pour entrer du texte.*Téléphone **:** *Cliquez ici pour entrer du texte.*

Etablissement/structure **:** *Cliquez ici pour entrer du texte.*

Fonction **:** *Cliquez ici pour entrer du texte.*

Je soussigné *Cliquez ici pour entrer du texte.*

Pharmacien en PUI et/ou inscrit à la Section H du CNOP,

Autre personnel de PUI : …………………………………………

adhère au CUAP et m’engage à respecter la charte du CUAP (doc joint).

Je suis informé(e) que mon adhésion au CUAP me permet d’accéder à la liste de discussion interne au CUAP (en partenariat avec l’ADIPH), aux documents et à l’espace adhérent du site internet du CUAP.

Je règle la cotisation annuelle d’un montant de **20€** :

Par chèque à l’ordre du Club des Utilisateurs d’Automate de Pharmacie ou CUAP.

Envoyer le chèque à : **Dr** **Valérie VAILLAND**

Pharmacie

EPSM de la Sarthe

20 Avenue du 19 Mars 1962

72700 Allonnes

En ligne via Hello ASSO. Lien d’accès sur notre site : <https://www.adiph.org/blog-des-associations/cuap/adherez-au-cuap>

Je déclare vouloir intégrer la branche (cocher la ou les cases) :

Automates de PDA avec déconditionnement préalable  Automates de PDA en radiopharmacie

Automates de PDA avec sur-conditionnement  Automatisation et coopérations

Automates de délivrance globale  Armoires automatisées

Fait à *Cliquez ici pour entrer du texte.* LeCliquez ici pour entrer une date.

Signature :

Compléter et signer le formulaire, et le retourner à Valérie Vailland, [v.vailland@epsm-sarthe.fr](mailto:v.vailland@epsm-sarthe.fr)

Merci de remplir les informations concernant votre équipement dans le tableau de la page suivante.

Joindre une photo si vous souhaitez apparaitre sur le trombinoscope du CUAP.

|  |  |
| --- | --- |
| C:\Users\EDAVIDAU\AppData\Local\Microsoft\Windows\INetCache\Content.Word\logoCUAP-petit.png | Club des Utilisateurs d’Automates de Pharmacie |
| FORMULAIRE D’ADHÉSION – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES |

**EQUIPEMENTS DANS VOTRE ETABLISSEMENT**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **AUTOMATE** | | | **AUTRES EQUIPEMENTS** | | | **LOGICIELS** | | | **NOMBRE DE LITS/PLACES** | | | | |
| Marque | Modèle | Projet ou date d’achat (noter l’année) | Déblistéreuse | Contrôleur optique | Armoires automatisées | DPI | LAD | GEF | MCO | PSY | EHPAD  SSR  LS | Total | En PDAA |
|  |  | Choisissez un élément. | Choisissez un élément.  Marque/  Modèle | Choisissez un élément.  Marque/  Modèle | Choisissez un élément.  Marque/  Modèle |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Choisissez un élément. | Choisissez un élément.  Marque/  Modèle | Choisissez un élément.  Marque/  Modèle | Choisissez un élément.  Marque/  Modèle |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Choisissez un élément. | Choisissez un élément.  Marque/  Modèle | Choisissez un élément.  Marque/  Modèle | Choisissez un élément.  Marque/  Modèle |  |  |  |  |  |  |  |  |

Pour faciliter les échanges **entre les membres du CUAP** les données renseignées sur le formulaire sont reportées dans un tableau partagé accessible sur l’espace de stockage **privé** du CUAP. Si vous ne souhaitez pas que ces informations soient diffusées au sein du CUAP merci de le signaler au secrétariat. Ces données ne sont en aucun cas diffusées par ailleurs.

Le CUAP traite les données recueillies pour la gestion des adhésions et le partage d’informations entre les adhérents. Pour en savoir plus sur la gestion de vos données personnelles et pour exercer vos droits, reportez-vous à notre site [www.cuap.eu](https://www.adiph.org/blog-des-associations/cuap)