

# Formulaire de souhait de participation à l'étude ANTIBIO-LINK - Lien interprofessionnel pour le bon usage des antibiotiques en soins primaires : rôle facilitant du pharmacien d'officine

Conduite par le Centre régional en Antibiothérapie du Grand Est AntibioEst en partenariat avec la  
Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation du CHRU de Nancy & l'équipe de recherche  
INSERM INSPIIRE de l'Université de Lorraine

A retourner à l'adresse mail suivante d'ici fin avril : [antibioest@chru-nancy.fr](mailto:antibioest@chru-nancy.fr)

Nom de la pharmacie : \_\_\_\_\_

Nom et prénom du pharmacien intéressé pour être responsable de l'étude au sein de la pharmacie :  
\_\_\_\_\_

Préciser (*barrer la mauvaise proposition*) : Pharmacien titulaire / Pharmacien adjoint

Numéro FINESS : \_\_\_\_\_

Adresse postale de la pharmacie :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Numéro de téléphone de la pharmacie :  
\_\_\_\_\_

Adresse mail (*de préférence, la plus fréquemment consultée car elle sera utilisée pour confirmer la  
participation puis pour la transmission des informations et des outils*) :  
\_\_\_\_\_

Préciser la CPTS à laquelle vous êtes adhérent :  
\_\_\_\_\_

Signature et tampon de la pharmacie :

