### Société

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom de la société : |  |  |  |  |
|       |  |
| Adresse: |  |  |  |  |
|       |  |
|  |  |  |  |  |
| N° postal : |       | Localité : |       |  |
|  |  |  |  |  |

### Bénéficiaire

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| [ ]  Madame  [ ]  Monsieur |
| Nom : |       | Prénom : |       |  |
| Fonction dans l’entreprise : |  |  |  |
|  |       |  |
|  |  |  |  |  |
| Tél. : |       | E-mail : |       |  |
| Formation de base : |  |  |  |  |
|  |       |  |
| Formation spécialisée : |  |  |  |  |
|  |       |  |
|  |  |  |  |  |
| Date : |       |  Signature :  |  |  |
| Durée de la mission du : |

|  |
| --- |
|       |

 |  |  |  |
| Au : |

|  |
| --- |
|       |

 |  |  |  |
|  |

### Correspondant HUG

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| Nom : |       | Prénom : |       |  |
| Fonction dans l’entreprise : |  |  |  |
|       |  |
|  |  |  |  |  |
| Tél. : |       | E-mail : |       |  |
|  |  |  |  |  |
| Date : |       |  Signature :  |  |  |
|  |  |  |
|  |

**Demande à adresser à :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Pour une société pharmaceutique :**Hôpitaux Universitaires de GenèvePharmacieDr Pascal BonnabryPharmacien-chefRue Gabrielle-Perret-Gentil 4 (ex- Michel-du-Crest 24)1211 Genève 14Fax : 022 372 39 90 | **Pour toute autre société :**Hôpitaux Universitaires de GenèveCentrale d’achats et d’ingénierie biomédicaleM. Elvis FONTAINE DirecteurAvenue de la Roseraie 701211 Genève 14Fax : 022 372 63 40 |

 **(réservé aux HUG)**

Formulaire à envoyer à Accueil et intégration des collaborateurs

Date et visa

Impression et envoi badge

Date et visa

Visa Pharmacie ou CAIB

Date et visa