



CENTRE NATIONAL HOSPITALIER D'INFORMATION SUR LE MÉDICAMENT



TITULAIRE

SUPPLÉANT

Nom - Prénom

: MOYNARD Julien

Fonction

: Pharmacien

Adresse

:

Téléphone

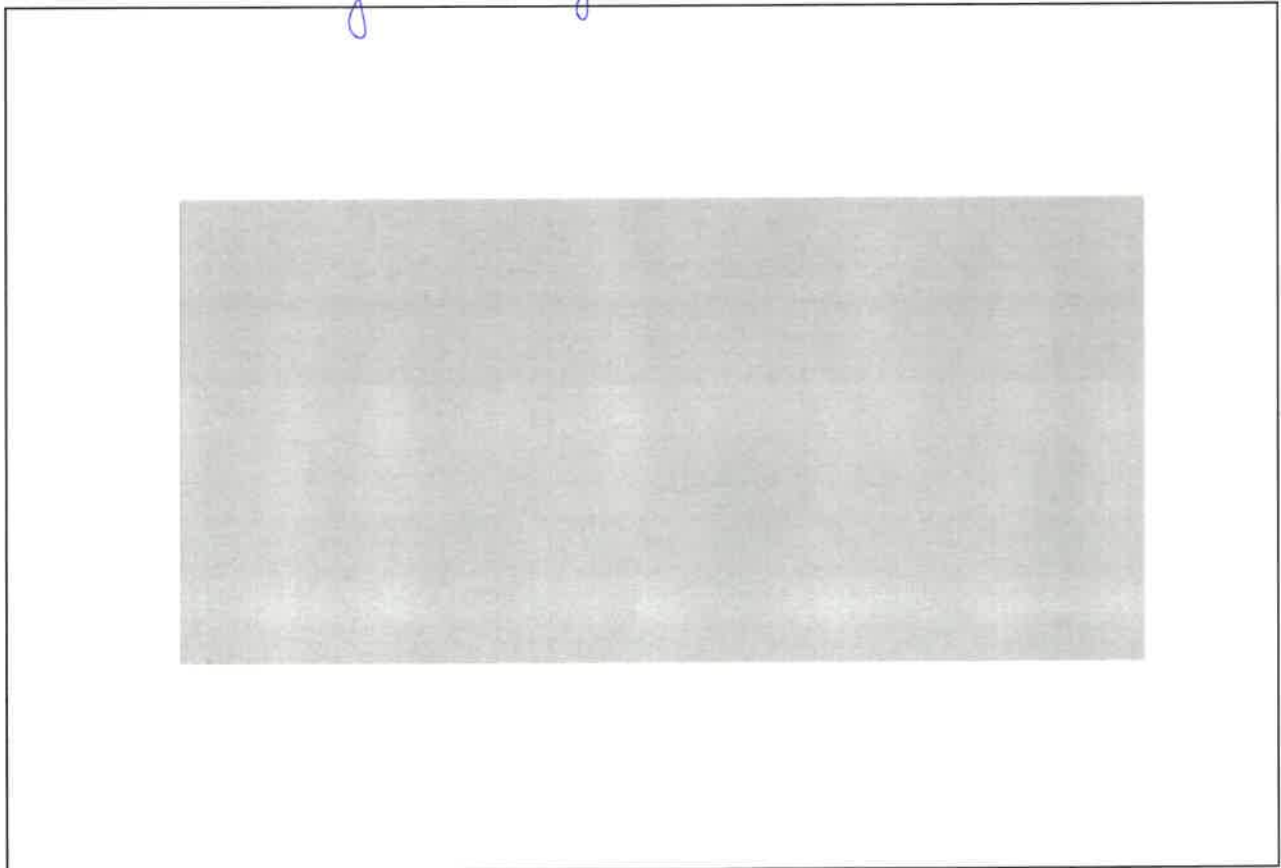
:

Télécopie

:

Adresse courriel

: julien.moynard@chu-nantes.fr



Date :

16/10/2024

Signature du titulaire :

Signature du suppléant :

A renvoyer au CNHIM au plus tard le 16 octobre 2024

Par e-mail : secretariat@theriaque.org ou arnaud.potier@ghemm.fr