**COURRIEL ACCREDITATION PHARMACIEN**

**A envoyer à** [**cmpinfo@ulb.be**](mailto:cmpinfo@ulb.be) **avec cc** [**anne-marie.offermans@ulb.be**](mailto:anne-marie.offermans@ulb.be)

**Au plus tard 1 semaine avant la séance**

**Objet : CMP Antibiotiques – Projet local**

Bonjour,

Vous trouverez ci-après les données en vue de l’accréditation des pharmaciens au projet local CMP Moins d’antibiotiques en toute sécurité

* Nom de votre projet déposé à l’INAMI
* Numéro de projet attribué par INAMI
* Date de la CMP
* Heure
* Adresse de la réunion CMP
* Nom de l’animateur.rice
* Coordonnées des responsables CMP local (Médecin et Pharmacien)

Bien cordialement