**FICHE DE CANDIDATURE AU**

**PRIX DE L’OFFICINE DE L’ANNÉE**

**Raison Sociale**

**Adresse**

v

**Téléphone :**  **Code TVA**

**Responsable (vis-à-vis) GSM**

**E-mail :**

* *Je Candidate au* ***PRIX DE L’OFFICINE DE L’ANNÉE*** *en tant que****:***

*1)Pharmacien 2) Agence de merchandising 3) agence de merchandising & pharmacien*

J’accepte et j’approuve le règlement du PPM de l’année

**Frais de candidature** : 300 DHT / projet

**Présentations de projet :……………………………………………………………………………………………….. ..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**………………………………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

* **Règlement :** Le règlement de votre participation devrait être effectué à la signature de cette fiche au nom d’ICEBERG AGENCY **par virement bancaire avant le 10 Juin 2020 (**Dans le cas contraire votre candidature ne sera pas prise en compte).

**NB :**

-Toute annulation de BC ne serait acceptée qu’avant le 10 juin 2020) dans cas contraire il est impératif de payer tout le montant du BC).

Fait à : ………… Le : ………………………

Signature et cachet de la société