

C.Q.P VENTE CONSEIL de PRODUITS COSMÉTIQUES & D'HYGIÈNE EN OFFICINE



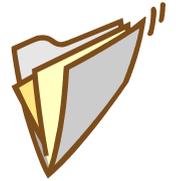
Enfin une formation pour les salariés non diplômés de l'officine

La formation tout au long de la vie...

Période :	Du 7 novembre 2017 au 29 mai 2018
Durée & rythme :	161 heures - le mardi de 9h à 17h
Lieu :	CFPP - 59 rue Planchat 75020 PARIS
Public :	Salariés non diplômés de l'officine
Intervenants :	Chrystelle Merat - Formatrice en Cosmétique et Dermo Cosmétique. Conseillère de vente diplômée Pascale Binda - Formatrice Marketing opérationnel Olivier Dupays - Docteur en Pharmacie.
Objectifs :	<ul style="list-style-type: none">✓ Accueillir, conseiller et vendre les produits de cosmétique et d'hygiène (hors AMM)✓ Animer le rayon et assurer sa bonne tenue✓ Réaliser des vitrines✓ Gérer les stocks
Programme :	<ul style="list-style-type: none">✓ Construire un conseil approprié pour les produits de cosmétique et d'hygiène✓ Communiquer avec le client et vendre en tenant compte de la réglementation✓ Mettre en œuvre une politique commerciale pour le rayon✓ Gérer des stocks✓ Organiser l'espace de vente
Certificat :	Certificat de Qualification Professionnelle Vente conseil de produits cosmétiques & d'hygiène en officine
Nombre de places :	18
Financement :	Formation totalement prise en charge et sans aucune avance de frais pour l'employeur et le salarié. (nous contacter pour plus de renseignements) Coût de la formation : 2093 € HT soit 13 € l'heure.
Formalités :	Complétez la demande d'inscription de ce catalogue et postez là au CFPP. En retour le CFPP vous indiquera, par mail uniquement , la procédure à suivre auprès d'Actaliens pour obtenir la prise en charge de votre CQP. Le CFPP validera ou non votre inscription en fonction des places disponibles.

Développez vos compétences et votre savoir-faire

DOSSIER D'INSCRIPTION A POSTER COMPLET
au CFPP Service formation Continue 59 rue Planchat 75020 PARIS



Complétez votre dossier d'inscription avec votre employeur.

Votre dossier d'inscription doit contenir :

Pour les CQP :

- Cette demande d'inscription complétée et signée.
En retour le CFPP vous indiquera, **par mail uniquement**, la procédure à suivre auprès d'Actalians pour obtenir la prise en charge de votre CQP.

Pour toutes les autres formations :

- Cette demande d'inscription complétée et signée
- La demande de prise en charge Actalians Plan (**l'original + 1 copie**) téléchargeable sur www.cfpp.org
- 1 copie de votre dernier bulletin de salaire, (si nouvelle embauche : 1 copie du contrat de travail)
- 1 copie de votre diplôme de Préparateur en Pharmacie ou de Docteur en Pharmacie

PARTIE SALARIÉ	NOM suivi du Nom d'épouse _____
	Prénom : _____
	Date de Naissance : ____/____/____ Ville : _____
	Nationalité : _____
	N° Dpt : _____ Pays : _____
	Adresse : _____
	CP : _____ Ville : _____
	Tél : _____ Portable : _____
	Email (obligatoire) : _____
	<input type="checkbox"/> Je suis salarié (e) : <input type="checkbox"/> en CDI <input type="checkbox"/> en CDD : <i>précisez le nombre de mois</i> _____

- Je suis à la recherche d'un emploi
- Êtes-vous un ancien élève du CFPP ? Oui - Année Scolaire : _____ Non
- Êtes vous diplômé(e) : Préparateur en Pharmacie Pharmacien (adjoint)

PARTIE EMPLOYEUR	NOM - Prénom : _____
	Raison sociale : _____
	Adresse : _____
	CP : _____ Ville : _____
	Tél : _____ Fax : _____
	Siret (obligatoire) : _____
	Email (obligatoire) : _____
	J'autorise Mme/Mlle/M. _____
	A suivre la formation suivante : <i>cochez la formation choisie</i>
	<input type="checkbox"/> CQP de Conseiller(ère) en dermo-cosmétique pharmaceutique

<input type="checkbox"/> CQP Vente Conseil de produits cosmétiques et d'hygiène en officine	<input type="checkbox"/> Le conseil vétérinaire
<input type="checkbox"/> Phytothérapie et aromathérapie	<input type="checkbox"/> Le sevrage tabagique
<input type="checkbox"/> Nutrition	<input type="checkbox"/> Migraine et céphalées
<input type="checkbox"/> Maintien à domicile	<input type="checkbox"/> La contraception et l'infertilité
<input type="checkbox"/> Orthopédie	<input type="checkbox"/> Les cancers hormonodépendants
<input type="checkbox"/> Homéopathie	<input type="checkbox"/> Les troubles du sommeil
<input type="checkbox"/> L'allaitement et le conseil officinal	<input type="checkbox"/> Les troubles digestifs
<input type="checkbox"/> De la tension à l'hypertension	
<input type="checkbox"/> Les maladies neurodégénératives	

Fait à _____ le : __ / __ / 20__

SIGNATURE DE L'EMPLOYEUR CACHET DE L'ENTREPRISE