

**Demande de révision de la décision du Comité de l'admission à la pratique de
l'Ordre des pharmaciens du Québec dans le cadre d'une demande d'équivalence**

Nom :	_____
Prénom :	_____
Numéro de dossier :	_____
Date de la demande de révision :	_____

Pour chacun des cours ou des stages pour lesquels vous sollicitez une révision, veuillez remplir le présent formulaire en complétant les informations demandées. Veuillez cocher la case prévue à cet effet si vous déposez un document complémentaire au soutien de votre demande.

Titre du cours / stage: _____

Programme : Université de Montréal Université Laval

Document joint : Oui Non

Justification de la demande :

Signature : _____