

Plano de Formação AFP para Proprietário e Director Técnico



Formação	Data Execução	Duração	Formador
Liderança/Gestão e Motivação de Equipas	A Designar pela Farmácia	8 Horas	Dr ^a Zulmira Baptista E Dr ^a Denise Santos
Técnicas de comunicação e Gestão de Conflitos da Equipa	A Designar pela Farmácia	8 Horas	
Gestão de compras e Negociação com Clientes Internos e Externos	A Designar pela Farmácia	8 Horas	
Instrumentos de Apoio à Gestão	A Designar pela Farmácia	8 Horas	
Controlo de Gestão e Gestão por Desempenho	A Designar pela Farmácia	8 Horas	
Planeamento Estratégico	A Designar pela Farmácia	8 Horas	

*Nota: cada módulo de 8 Horas é uma formação, pelo que é possível escolher apenas um módulo.

** O Horário é a Designar pela Farmácia pelo que ao Sábado é o mais conveniente

Local A Sua Farmácia

Horário: a combinar

Formadora:

Dr^a Denise Capela dos Santos, Farmacêutica Doutorada em Economia, Docente na UAL

Dr^a Zulmira Baptista, Licenciada em Marketing, amplo conhecimento na indústria farmacêutica e produtos de saúde, Coordenadora do MBA em Gestão na UAL

Objectivo Geral:

Dotar os proprietários e respectivos quadros superiores de ferramentas de gestão adequadas aos constantes desafios impostos pelo mercado actual, de modo a rentabilizarem a eficácia e a eficiência da equipa bem como incrementar o negócio.

Objectivos Específicos:

Confrontar os proprietários com as necessidades específicas da sua farmácia, adequando soluções viáveis para as colmatar de modo prático e interactivo.

Custo da Formação:

150 € /hora (acresce IVA à taxa de 23%)

Oferta da Preparação da Formação (Análise de Diagnóstico) no valor de 700€
(Oferta Válida aos sócio da AFP)

Ficha de Inscrição

Nome _____, CP _____

Nome/Entidade (para factura) _____ Contribuinte _____

Farmácia _____, Localidade _____

E- mail _____

Cargo que ocupa _____

Ficha de Inscrição

Nome _____, CP _____

Nome/Entidade (para factura) _____ Contribuinte _____

Farmácia _____, Localidade _____

E- mail _____

Cargo que ocupa _____

Ficha de Inscrição

Nome _____, CP _____

Nome/Entidade (para factura) _____ Contribuinte _____

Farmácia _____, Localidade _____

E- mail _____

Cargo que ocupa _____