



# Annexe à la demande d'inscription ou de modification d'inscription au tableau de la Section D de l'Ordre des pharmaciens

*Société ou association de dispensation à domicile des gaz à usage médical*

(Art. L. 4211-5 du code de la santé publique)

## Gaz médicaux

A remplir pour chaque site d'exercice

### Identité du pharmacien

Nom : ..... Prénom : .....

### Lieu d'exercice

Nom : .....

*Dénomination sociale ou nom de l'organisme*

.....

Adresse : .....

.....

Code postal : | \_\_\_\_\_ | Commune : .....

Téléphone : .....

Télécopie : .....

Numéro SIRET : .....

Code NAF (*facultatif*) : .....

Courriel : .....

Date de l'arrêté autorisant le site à dispenser à domicile

de l'oxygène à usage médical | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ |

### Activité

Vous exercez votre activité :

A temps plein       A temps partiel      Nombre d'heures par semaine : | \_\_\_\_\_ |

Nombre de patients approvisionnés en oxygène à usage médical : | \_\_\_\_\_ |

---

**Pour tout renseignement, contacter le Conseil central de la Section D**

4 av. Ruysdaël – 75379 PARIS cedex 08 – Tél. 01 56 21 35 70 – Télécopie : 01 56 21 34 29

[www.ordre.pharmacien.fr](http://www.ordre.pharmacien.fr)