



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 Finess :

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