



## **Demande d'inscription ou de modification d'inscription au tableau de la Section A de l'Ordre des pharmaciens**

***Société de participations financières  
de profession libérale***

Art. R. 4222-4 du code de la santé publique

### **SPFPL**

Dénomination sociale :

Siège social :

- SARL
- SAS
- SA
- SCA

### **Important**

Les informations recueillies dans le présent formulaire font l'objet d'un traitement automatisé par le Conseil national de l'Ordre des pharmaciens. Ces informations sont destinées au Conseil de l'Ordre des pharmaciens auprès duquel vous souhaitez vous inscrire et à l'Agence du Numérique en Santé (ANS) qui gère le Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS). Elles sont nécessaires à l'instruction de votre demande d'inscription à l'Ordre, conformément aux articles L. 4222-1 et suivants du code de la santé publique.

Dans le cadre de l'article L4221-16-1 du code de la santé publique, le Conseil est amené à recevoir des informations vous concernant de la part des facultés au sein desquelles vous étiez inscrit. Cette transmission d'informations permet de procéder à la vérification des pièces justificatives attestant de votre identité et de votre titre de formation ou autorisation

A défaut de transmission par la faculté, le Conseil sera amené à faire authentifier votre diplôme auprès de la faculté l'ayant établi.

Lesdites informations serviront aussi à l'Ordre pour vous envoyer ses journaux/lettres électroniques et autres informations professionnelles.

Conformément à l'article L. 4001-2 du code de la santé publique, l'Ordre communiquera, à la demande des autorités sanitaires, l'adresse électronique des pharmaciens, leur permettant d'être informés des messages de sécurité diffusés par ces autorités.

L'Ordre transmettra également à la Caisse d'assurance vieillesse des pharmaciens (CAVP) certaines des données concernant les pharmaciens inscrits au Tableau de l'Ordre et obligatoirement affiliés à la CAVP (données d'identité professionnelle, coordonnées, société d'exercice le cas échéant, Section d'appartenance, date d'inscription/cessation d'activité/reprise d'activité), conformément à l'article 2 des statuts généraux de la CAVP.

En aucun cas, il ne communiquera vos informations pour une utilisation à des fins commerciales.

Vos données sont conservées pendant toute votre durée de vie professionnelle en tant que pharmacien

et pour les données strictement nécessaires à la mise à jour du RPPS pendant une durée complémentaire de 3 ans après la fin d'exercice.

Conformément au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 (RGPD) et à la loi Informatique et Libertés modifiée, vous disposez, auprès du Délégué à la Protection des Données de l'Ordre (DPO), d'un droit d'accès et le cas échéant, d'un droit de rectification des informations vous concernant. En outre, vous pouvez vous opposer, pour des raisons tenant à votre situation particulière, à ce que les informations vous concernant soient transférées à la CAVP ou fassent l'objet d'un traitement destiné à vous adresser des informations à caractère professionnel, à l'exception des messages de sécurité diffusés par les autorités sanitaires au titre de l'article L. 4001-2 du code de la santé publique. Vous pouvez exercer vos droits par écrit auprès du DPO de l'Ordre à [dpo@ordre.pharmacien.fr](mailto:dpo@ordre.pharmacien.fr).

Vous disposez également, si besoin, de la possibilité d'introduire une réclamation auprès de l'autorité de protection des données personnelles, la CNIL.

Pour tout renseignement contacter les conseils régionaux de la Section

Associés			
Nom et prénom des associés	Qualité <sup>1</sup>	Nombre de parts ou actions	Montant de la participation dans le capital (en %)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Total		<input type="text"/>	<input type="text"/>

<sup>1</sup> Titulaire d'officine, Adjoint, SEL, Ancien associé, Ayant droit

Dénomination des SEL cibles (3 maximum)	
SEL	Montant de la participation dans le capital (en %)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Signature du mandataire

Je soussigné(e), , certifie sur l'honneur l'exactitude des déclarations portées sur la présente demande d'inscription.

Fait à , le

**Signature**

**Pour tout renseignement contacter les conseils régionaux de la Section A**