

Vos coordonnées de correspondance

(Coordonnées personnelles ou autres)

Adresse :

Code postal : | _____ | Commune :

Pays :

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Courriel (personnel ou professionnel)*

* **Conformément à l'article L. 4001-2 du code de la santé publique, les pharmaciens doivent pouvoir être informés, à tout moment, par courriel, des messages de sécurité des autorités sanitaires. Il convient donc d'indiquer ici une adresse courriel à laquelle vous pouvez accéder directement, individuellement et à tout moment.**

Afin de faciliter vos échanges avec l'Ordre, cette même et seule adresse électronique sera utilisée par l'Ordre pour les (cochez la ou les cases souhaitées) :

- Contact administratif de l'Ordre**
 Publications de l'Ordre et informations sur l'exercice professionnel

** Gestion des demandes d'inscription et du Tableau, du contentieux disciplinaire et autres procédures, des appels à cotisation, transmission d'informations, gestion et suivi du développement professionnel continu...

N.B – A défaut, l'Ordre ne sera pas en mesure de vous contacter par courriel. En fonction des sujets à évoquer, l'Ordre sera susceptible de vous joindre par tout autre moyen (courrier, téléphone, ...).

Vos diplômes et compétences

Diplôme, certificat ou titre de formation de pharmacien, mentionnés aux articles L. 4221-2 à L. 4221-5 du code de la santé publique

Nom sous lequel le diplôme vous a été attribué :

Intitulé du diplôme :

Pays de délivrance :

Ville :

Université :

Pour les autres titres universitaires, scientifiques ou hospitaliers, merci de joindre les copies de vos diplômes.

Le cas échéant, si vous n'êtes pas titulaire d'un des titres ci-dessus :

Avez-vous obtenu une autorisation d'exercer la pharmacie en France délivrée par le Ministère chargé de la santé ? (art. L. 4221-9, L. 4221-12, L. 4221-14-1, L. 4221-14-2 du code de la santé publique)

Oui Date d'obtention : | _____ | _____ | _____ |

Non

Maîtrise de la langue française

Pour tout renseignement, contacter le Conseil central de la Section C

4 av. Ruysdaël – 75379 PARIS cedex 08 – Tél. 01 56 21 34 70

La maîtrise de la langue française est nécessaire à l'exercice de votre profession.

Art. L. 4222-6 du code de la santé publique : « Le pharmacien qui demande son inscription à un tableau doit faire la preuve d'une connaissance suffisante de la langue française. En cas de doute, le président du conseil régional ou central de l'ordre ou son représentant peut entendre l'intéressé. Une vérification peut être faite à la demande du conseil de l'ordre ou de l'intéressé par l'autorité administrative compétente. »

Art. R. 4112-1 7° du code de la santé publique : « Tous éléments de nature à établir que le demandeur possède les connaissances linguistiques nécessaires à l'exercice de la profession »

Votre inscription

Fonction : vous demandez une inscription en qualité de :

- | | |
|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pharmacien responsable | <input type="checkbox"/> Pharmacien adjoint à temps plein |
| <input type="checkbox"/> Pharmacien responsable intérimaire | <input type="checkbox"/> Pharmacien adjoint à temps partiel * _____H |
| <input type="checkbox"/> Pharmacien délégué | <i>*Nombre d'heures par semaine</i> |
| <input type="checkbox"/> Pharmacien délégué intérimaire | |
| <input type="checkbox"/> Pharmacien remplaçant distribution | |

Entreprise

Domaine d'activité de l'entreprise : Humain Vétérinaire

Dénomination sociale de l'entreprise :

.....

Lieu d'exercice

Adresse :

.....

Code postal : | _____ | Commune :

Téléphone : Télécopie :

Numéro SIRET : | _____ |

Siège social (à compléter si le siège social de votre entreprise est différent de votre lieu d'exercice)

Adresse :

.....

Code postal : | _____ | Commune :

Téléphone : Télécopie :

Numéro SIRET : | _____ |

Pour tout renseignement, contacter le Conseil central de la Section
4 av. Ruysdaël – 75379 PARIS cedex 08 – Tél. 01 56 21 34 70

