Demande d’inscription ou de modification d’inscription au tableau de la Section E de l’Ordre des pharmaciens

Pharmaciens de la distribution en gros

(Art. L. 4221-1 et suivants du code de la santé publique)

Si un numéro de Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) vous a déjà été attribué, indiquez-le ci-après :

|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

Avez-vous été ou êtes-vous inscrit(e) à l’Ordre national des pharmaciens ? ☐ Oui ☐ Non

Si vous le connaissez merci d’indiquer également votre n° ordinal : |____|____|____|____|____|____|

Votre état civil

Nom de naissance : ....

Nom d’usage : ....
Nom utilisé pour la correspondance. Il peut s’agir du nom d’épouse pour les femmes.

Nom d’exercice : ....
Nom utilisé dans le cadre de votre profession, lequel figurera sur les documents officiels.

Prénom(s) : ....
Dans l’ordre de l’état civil et séparés par un point-virgule. Exemple : MARIE ; JEAN-CHARLES ; NAM TU

Prénom d’usage : ....
Prénom utilisé pour la correspondance

Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin

Date de naissance : |_______|_______|_____________|

Lieu de naissance : .... Département : |____________|

Pays de naissance : ☐ France ☐ Autre (*précisez*)..

Nationalité actuelle : ☐ Française ☐ Autre (*précisez*)..

Si vous avez obtenu la nationalité française depuis votre précédente
inscription à l’Ordre des pharmaciens, indiquez la date d’obtention : |_______|_______|____________|

Dossier à retourner à votre délégation

Coordonnées disponibles sur notre site Internet : www.ordre.pharmacien.fr/Qui-sommes-nous/Contact
sélectionner votre délégation en fonction de votre département.

Vos coordonnées de correspondance

(Coordonnées personnelles ou autres)

Adresse : ....

....

Code postal : |____________| Commune : ....

Pays : ....

Téléphone fixe : .... Téléphone portable : ....

(Merci d'indiquer l'indicatif régional si n° hors métropole - *Ex : 00262692235112*)

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

N° de diplôme : .... Date d'obtention : |_______|_______|_____________|

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

Dossier à retourner à votre délégation

Coordonnées disponibles sur notre site Internet : www.ordre.pharmacien.fr/Qui-sommes-nous/Contact
sélectionner votre délégation en fonction de votre département.

Langues parlées

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 :

☐ Pharmacien responsable
☐ Pharmacien responsable intérimaire
☐ Pharmacien délégué
☐ Pharmacien délégué intérimaire
☐ Pharmacien remplaçant distribution

☐ Pharmacien adjoint à temps plein
☐ Pharmacien adjoint à temps partiel *_____H

**Nombre d'heures par semaine*

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 : |____|

Dossier à retourner à votre délégation

Coordonnées disponibles sur notre site Internet : www.ordre.pharmacien.fr/Qui-sommes-nous/Contact
sélectionner votre délégation en fonction de votre département.

Coordonnées professionnelles où l'on peut vous joindre

Téléphone : .... Télécopie : ....

Téléphone portable : ....
(Merci d'indiquer l'indicatif régional si n° hors métropole - *Ex : 00262692235112*)

Courriel : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

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.

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. Vous pouvez exercer vos droits par écrit auprès du DPO de l'Ordre à 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.

Votre signature

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

Fait à .... , le ....

Signature

Dossier à retourner à votre délégation

Coordonnées disponibles sur notre site Internet : www.ordre.pharmacien.fr/Qui-sommes-nous/Contact
sélectionner votre délégation en fonction de votre département.