

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

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

4 av. Ruysdaël – TSA 800 39 - 75379 PARIS cedex 08 – Tél. 01 56 21 34 42 – Télécopie : 01 56 21 34 49

Diplôme de biologiste médical

Diplôme d'études spécialisées de biologie médicale

N° de diplôme : Date d'obtention :

Certificat d'études spéciales

	Equivalence	Dispense
<input type="checkbox"/> Biochimie clinique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Bactériologie et virologie cliniques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Diagnostic biologique parasitaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hématologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Immunologie générale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autorisation d'exercer la biologie médicale

Droits acquis : exercice avant le 13 juillet 1975

Dérogation prévue à l'article L.6213-3 du code de la santé publique

Qualification ordinaire obtenue le :

Autres formations, *précise lesquelles*

.....
.....
.....

Maîtrise de la langue française

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 / Statut

Fonction

- Biologiste médical

- Biologiste-responsable
- Biologiste co-responsable
- Biologiste médical remplaçant
- Pharmacien biologiste
- Autre

Statut

- Salarié
- Temps plein
- Temps partiel

- Collaborateur libéral
- Praticien hospitalier
- Praticien hospitalier universitaire
- Professeur des universités - praticien hospitalier
- Maître de conférence des universités - praticien hospitalier
- Praticien attaché
- Praticien contractuel
- Assistant en biologie médicale
- Assistant hospitalier universitaire
- Responsable EFS
- Responsable adjoint EFS

Autre (*précisez*) :

Lieu d'exercice

A- Vous exercez dans un LBM privé :

Forme juridique de l'entreprise

- SELARL-SELEURL SELAFA SELCA SELAS
- Société coopérative SCP Autre forme (*précisez*) :

Désignation de l'entreprise

Dénomination sociale de la société :

Adresse du siège social :

Code postal : | _____ | Commune :

Téléphone : Télécopie :

Courriel :

N° FINESS EJ : | _____ | N° FINESS ET : | _____ |

Etes-vous associé ou actionnaire de la société ? Oui Non

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

4 av. Ruysdaël – TSA 800 39 - 75379 PARIS cedex 08 – Tél. 01 56 21 34 42 – Télécopie : 01 56 21 34 49

Si oui, êtes-vous détenteur d'un mandat social ? Oui Non

Si oui, lequel ?

Adresse des sites où est implanté le LBM (indiquez les adresses supplémentaires sur papier blanc)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

B- Vous exercez dans un LBM hospitalier public :

Statut de l'établissement

- CHU CHR CHG CH
 CHS CHRU Autres

Désignation de l'établissement

Dénomination sociale de l'établissement :

.....

Service :

Adresse de l'établissement d'exercice :

.....

Code postal : | _____ | Commune :

Téléphone : Télécopie :

Courriel :

N° FINESS EJ : | _____ | N°FINESS ET : | _____ |

Adresse des sites où est implanté le LBM (indiquez les adresses supplémentaires sur papier blanc)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

C- Autre cas :

Statut de l'établissement

- Mutualiste Organisme de sécurité sociale Centre anticancéreux
 LBM de société de secours minier Centre médical EFS
 Autre (précisez)

Désignation de l'établissement où est implanté le laboratoire

Dénomination sociale de l'établissement :

.....

Service :

Adresse de l'établissement d'exercice :

.....

.....

Code postal : | _____ | Commune :

Téléphone : Télécopie :

Courriel :

N° FINESS EJ : | _____ | N°FINESS ET : | _____ |

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.

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

Pour tout renseignement, contacter le Conseil central de la Section G
4 av. Ruysdaël – TSA 800 39 - 75379 PARIS cedex 08 – Tél. 01 56 21 34 42 – Télécopie : 01 56 21 34 49