

Demande d'inscription ou de modification d'inscription au tableau de la Section H de l'Ordre des pharmaciens

Pharmaciens hospitaliers

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

Si un numéro de Répeindiquez-le ci-après :	ertoire partagé d	es professionr	nels de santé	(RPPS) vo	ous a déjà été	attribué,
<u></u>						
Avez-vous été ou êtes-v	ous inscrit(e) à l'	Ordre national	des pharmaci	ens?	□ Oui	□ Non
		Votre éta	t civil			
Nom de naissance :						
Nom d'usage : Nom utilisé pour la correspon						
Nom d'exercice :						
Prénom(s): Dans l'ordre de l'état civil et s						
Prénom d'usage : Prénom utilisé pour la corres						
Sexe : □	Masculin	□ Féminin				
Date de naissance : _						
Lieu de naissance :				Départe	ement :	
Pays de naissance : □	France	utre (<i>précisez</i>)				
Nationalité actuelle :	Française	□ Autre (<i>précis</i>	sez)			
Si vous avez obtenu la r pharmaciens, indiquez la		•	•	•		

Vos coordonnées de correspondance (Coordonnées personnelles ou autres)

Adresse:	
Code postal : Commune :	
Pays :	
Téléphone fixe :	
Courriel (personnel ou professionnel)* * Conformément à l'article L. 4001-2 du code de la santé publique, les pharmaciens doivent pouvoir être informés, tout moment, par courriel, des messages de sécurité des autorités sanitaires. Il convient donc d'indiquer ici un adresse courriel à laquelle vous pouvez accéder directement, individuellement et à tout moment.	à
Afin de faciliter vos échanges avec l'Ordre, cette même et seule adresse électronique sera utilisée p 'Ordre pour les <i>(cochez la ou les cases souhaitées)</i> :	ar
☐ 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 cotisation, transmission d'informations, gestion et suivi du développement professionnel continu	à
N.B – A défaut, l'Ordre ne sera pas en mesure de vous contacter par courriel. En fonction des sujets à évoque l'Ordre sera susceptible de vous joindre par tout autre moyen (courrier, téléphone,).	∍r,
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	٠.۷
Nom sous lequel le diplôme vous a été attribué :	
ntitulé du diplôme :	
Pays de délivrance :	
Ville :	
Université :	
Pour les autres titres universitaires, scientifiques ou hospitaliers, merci de joindre les copies d vos diplômes.	le
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 d a santé ? (art. L. 4221-9, L. 4221-12, L. 4221-14-1, L. 4221-14-2 du code de la santé publique)	е
□ Oui Date d'obtention :	
□Non	

ia sante publique)		
Diplôme d'Etudes Spe	écialisées :	
☐ Diplôme d'études spéc	ialisées de pharmacie	hospitalière et des collectivités
☐ Diplôme d'études spéc	ialisées de pharmacie	industrielle et biomédicale
☐ Diplôme d'études spéc	ialisées de pharmacie.	
☐ Diplôme d'études spéc	ialisées de de pharma	cie hospitalière.
Date d'obtention :		
Validation de l'expérie santé publique) :	ence en pharmacie a	à usage intérieur (Article R 5126-3 du code de la
sur la période des dix der	nières années à la date	PUI, d'une durée équivalente à deux ans à temps plein e de la reprise d'activité (que cet exercice ait été à temps e déclaration au tableau de la section H de l'Ordre des
Maîtrise de la langue	française (le cas écl	héant)
La maîtrise de la langue f	rançaise est nécessair	e à l'exercice de votre profession.
suffisante de la langue française.	En cas de doute, le président	demande son inscription à un tableau doit faire la preuve d'une connaissance du conseil régional ou central de l'ordre ou son représentant peut entendre il de l'ordre ou de l'intéressé par l'autorité administrative compétente. »
Art. R. 4112-1 7° du code de la sar nécessaires à l'exercice de la profe		de nature à établir que le demandeur possède les connaissances linguistiques
	Votre	inscription
Etablissement de san	té privé	
☐ A but non lucratif	☐ A but lucratif	
Vous demandez une insc	ription en qualité de :	
□ Gérant	☐ Adjoint	☐ Autre (précisez)
Vous exercez votre activi □ A temps plein	té : □ A temps partiel	Nombre d'heures par mois :
Dans quel type d'établiss □ Sanitaire	ement exercez-vous ? □ Médico-social	
□ Autre (précisez)		
Etablissement de san	té public	
Vous demandez une insc □ Pharmacien gérant respon	•	☐ Pharmacien gérant responsable de structure interne

En complément, pour un exercice en pharmacie à usage intérieur (Article R 5126-2 du code de

☐ Pharmacien hospitalier à temps plein		☐ Praticien des hôpitaux à temps partiel			
☐ Professeur des universités praticien hospitalier		☐ Maître de conférences praticien hospitalier			
☐ Praticien contractuel à temps plein		☐ Praticien contractuel à temps partiel			
☐ Assistant spécialiste		☐ Assistant hospitalo-universitaire			
□ Radiopharmacie		☐ Autres <i>précisez</i>			
Dans quel type d'établissem	ent exercez-vous?				
□ CHU	☐ CHR	□ Etablissement public de santé			
□ SDIS		édico-social (EHPAD,)			
☐ Autre (précisez)					
Lieu d'exercice					
Désignation de l'établiss	sement				
Dénomination sociale de l'ét	tablissement :				
Service :					
Adresse :					
Code postal :	_ Commune : .				
Téléphone :		Télécopie :			
L'établissement est titulaire publique).	de l'autorisation pré	éfectorale (art. L. 5126-7 et R. 5126-16 du code de la santé			
Numéro :	I	Date de délivrance			
Numéro FINESS :					
Coordonnées profession	nnelles où l'on pe	eut vous joindre			
Téléphone :					
Téléphone portable :					
Télécopie (à renseigner impér Il s'agit du numéro de télécopie po		es sanitaires et des rappels de lots			

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 au Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS)¹. 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. 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 ces informations pour une utilisation à des fins commerciales. Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, dite « loi Informatique et Libertés », vous disposez, auprès du Conseil de l'Ordre qui a recueilli votre demande d'inscription, d'un droit d'accès et le cas échéant, d'un droit de rectification des informations vous concernant. En outre, vous pouvez vous opposer à ce que les informations vous concernant 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 Conseil de l'Ordre auquel vous êtes inscrit(e).

¹Conformément aux articles D. 4221-21 et D. 4221-23 du code de la santé publique, le Conseil national de l'Ordre des pharmaciens doit procéder à l'enregistrement auprès du RPPS des pharmaciens tenus de s'inscrire au tableau de l'Ordre et procéder à une mise à jour hebdomadaire. Ces informations sont destinées notamment au Ministère chargé de la santé, aux Agences régionales de santé, aux Caisses primaires d'assurance maladie et à l'Agence des systèmes d'information partagés de santé, dans un but de simplification des démarches administratives. Elles permettent notamment l'établissement de statistiques démographiques, la fabrication des cartes de professionnel de santé (CPS) et le traitement des adhésions aux conventions nationales de sécurité sociale.

Votre signature

Je soussigné(e), l'exactitude des déclarations portées sur la présente de	
Fait à,	, le

Signature