



## 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 : .....

Date d'obtention : | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | N° de diplôme : .....

**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 D**  
4 av. Ruysdaël – 75379 PARIS cedex 08 – Tél. 01 56 21 35 70 – Télécopie : 01 56 21 34 29

## 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

Vous demandez une inscription en qualité de :

- Adjoint d'officine
- Pharmacien d'officine intérimaire (Adjoint intermittent d'officine, remplacement de courte durée)
- Remplaçant le titulaire Motif de l'absence : .....
- Gérant après décès du titulaire Date du décès : |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_|
- Gérant d'une pharmacie mutualiste  Adjoint d'une pharmacie mutualiste
- Gérant d'une pharmacie de société de secours minière  Adjoint d'une pharmacie de société de secours minière
- Pharmacien responsable gaz médicaux
- Pharmacien adjoint gaz médicaux
- Pharmacien remplaçant gaz médicaux
- Pharmacien conseil de l'assurance maladie
- Pharmacien relevant de centres et structures disposant d'équipes mobiles de soins

Vous exercez votre activité :

- A temps plein  A temps partiel Nombre d'heures par mois : |\_\_\_\_\_|

### Etablissement et entreprise pharmaceutique

A- Vous exercez en officine, dans une pharmacie mutualiste ou de société de secours minière, dans une caisse d'assurance maladie ou dans un centre ou une structure disposant d'équipes mobiles de soins :

### Lieu d'exercice

Nom : .....

Dénomination sociale ou nom de l'organisme

Adresse : .....

Code postal : |\_\_\_\_\_| Commune : .....

Téléphone : ..... Télécopie : .....

---

**Pour tout renseignement, contacter le Conseil central de la Section D**  
4 av. Ruysdaël – 75379 PARIS cedex 08 – Tél. 01 56 21 35 70 – Télécopie : 01 56 21 34 29

**Titulaire(s) de l'officine ou pharmacien gérant de la pharmacie mutualiste ou de la pharmacie de société de secours minière**

Nom	Prénom

B- Vous exercez dans une société ou association de dispensation à domicile des gaz à usage médical :

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

Adresse : .....  
.....

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

Téléphone : ..... Télécopie : .....

Numéro SIRET : |.....|

Code NAF (facultatif) : |.....|

**Remplissez l'annexe au formulaire téléchargeable sur le site [www.ordre.pharmacien.fr](http://www.ordre.pharmacien.fr) pour chaque site d'exercice.**

## 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 des Systèmes d'Information partagés de Santé (ASIP Santé) qui gère le Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS)<sup>1</sup>. 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 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 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.

<sup>1</sup>Conformément 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), ..... certifie sur l'honneur l'exactitude des déclarations portées sur la présente demande d'inscription.

Fait à ....., le .....

**Signature**