

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

Pharmaciens de l'industrie

(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 attrib ndiquez-le ci-après :	ué				
Avez-vous été ou êtes-vous inscrit(e) à l'Ordre national des pharmaciens ? ☐ Oui ☐ No	n				
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 :					
ieu de naissance :	_				
Pays de naissance : ☐ France ☐ Autre ( <i>précisez</i> )					
Nationalité actuelle : ☐ Française ☐ Autre ( <i>précisez</i> )					
Si vous avez obtenu la nationalité française depuis votre précédente	I				

Dossier à retourner à votre délégation

## Vos coordonnées de correspondance

(Coordonnées personnelles ou autres)

Adresse:
Code postal :
Pays:
Téléphone fixe :
Courriel (personnel ou professionnel)*
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

Dossier à retourner à votre délégation

#### 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 adjo	int à temps plein
☐ Pharmacien responsable intérimaire	☐ Pharmacien adjo	int à temps partiel *H
Pharmacien délégué	*Nombre d'heures par sen	naine
□ Pharmacien délégué intérimaire		
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 :		
rtamoro onter :		
Siège social (à compléter si le siège social de votr	re entreprise est différent de votre	e lieu d'exercice)
Adresse:		
Code postal :    Commune	:	
Téléphone :	Télécopie :	
Numéro SIRET :		

Dossier à retourner à votre délégation

Coordonnées professionnelles où l'on peut vous joindre
Téléphone : Télécopie :
Téléphone portable :
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 nscrire et à l'Agence du Numérique en Santé (ANS) qui gère le 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 électronique et a 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 informéts 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 fir d'exercice. Conformément au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 (RGPD) et à la oi Informatique et Libertés modifiée, vous disposez, auprès du Délégué à la Protection des Données de l'Ordre (DPO), d'ur droit d'accès et le cas échéant, d'un droit de rectification des informations vous concernant. En outre, vous pouvez vous poposer, pour des raisons tenant à votre situation particulière, à ce que les informations vous concernant fassent l'objet d'ur raitement 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 écri auprès du DPO de l'Ordre à dpo@ordre.pharmacien.fr. V
Votre signature
Je soussigné(e), certifie sur l'honneur
'exactitude des déclarations portées sur la présente demande d'inscription.
Fait à, le, le

Dossier à retourner à votre délégation

Signature