

# e-POP



# Se connecter à e-POP

S'identifier avec :

---

Je suis pharmacien

Cliquer sur le logo

ou

Je suis étudiant

	Identifiant
	Mot de passe

[Activer mon compte / Mot de passe oublié ?](#)

**Connexion**

# 1/ ou activer son compte via l'espace Pharmaciens



**ORDRE NATIONAL  
DES PHARMACIENS**



NOS SITES

CONTACT



**QUI SOMMES NOUS**

**NOS MISSIONS**

**LE DOSSIER PHARMACEUTIQUE**

**COMMUNICATIONS**

**LES PHARMACIENS**

**LES PATIENTS**



**Espace réservé aux pharmaciens**  
Retrouvez vos démarches,  
formulaire et l'actualité de votre section.

identifiant

mot de passe

OK

[> activer mon compte/mot de passe oublié](#)



# 2/ Remplir le formulaire d'activation du compte

## Activer mon compte / mot de passe oublié

Vous êtes pharmacien inscrit à l'Ordre, remplissez le formulaire ci-dessous

Vous n'êtes pas inscrit à l'Ordre, [contactez-nous](#)

[> Procédure pour activer votre compte ou pour modifier votre mot de passe.](#)

*Tous les champs sont obligatoires*

Nom de naissance :

Prénom :

Courriel :

Courriel (confirmation) :

Date de naissance :

Département de naissance :

Pour des raisons de sécurité, sélectionner l'image représentant des médicaments









Je reconnais avoir lu la [politique de confidentialité](#) et je reconnais avoir lu et accepté les [CGU](#)

J'atteste être inscrit au tableau de l'Ordre national des pharmaciens et exercer l'activité de pharmacien, ou être collaborateur de l'Ordre

*Vos données sont collectées et utilisées afin d'activer votre compte pour accéder à l'Espace pharmaciens. Pour en savoir plus sur le traitement de vos données et vos droits par le CNOP, veuillez lire notre [Politique de confidentialité](#).*



# 3/ Récolte du mail contact

**POP** | Portail de services de l'Ordre pour les Pharmaciens

ACCUEIL    MES NOTIFICATIONS    MES DEMANDES

- Archives
- Porte-documents
- Mes connexions
- Préférences

## Choix de mes coordonnées électroniques pour accéder aux services

### Choix de mes coordonnées électroniques

Les champs suivis d'un astérisque (\*) sont obligatoires

**Information**  
Cette adresse servira pour vous contacter et vous envoyer les alertes sanitaires

Choix de l'adresse mail de contact \*

En cochant les cases ci-dessous, je reconnais avoir lu la [Politique de confidentialité](#) et je reconnais avoir lu et accepté les [Conditions Générales d'Utilisation](#).

**Acceptation \***

- Je reconnais avoir lu la Politique de confidentialité et je reconnais avoir lu et accepté les CGU
- J'atteste être inscrit au tableau de l'Ordre national des pharmaciens et exercer l'activité de pharmacien

**Enregistrer et continuer**

**Etapes de la démarche**

- Choix de mes coordonnées électroniques
- Résumé



# 4/ Se rendre sur la page "Données personnelles"

The screenshot shows the 'Données personnelles' page of the Ordre national des pharmaciens portal. The page is divided into several sections:

- Identification:** N° ordinal : 46, N° RPPS : 10000. Includes a profile picture icon.
- Etat civil:** Civilité : Monsieur, Nom d'exercice, Nom d'usage, Nom de naissance, Prénom d'usage, Prénoms, Sexe : Masculin, Date de naissance : 23/11/1947, Pays de naissance : FRANCE, Département de naissance : 60 - OISE, Commune de naissance : COMPIEGNE, Nationalité : français (23/11/1947).
- Coordonnées personnelles:** Adresse : M. [redacted], 3 RUE [redacted], 60600 CLERMONT, FRANCE.
- Coordonnées téléphoniques:** Tel, Fax, Portable.
- Coordonnées électroniques:** Courriel, Alertes sanitaires, Publications, Contact Administratif.
- Diplômes obtenus:** Libellé: Diplôme d'Etat français de pharmacien, Date d'obtention: 27/09/1971.



# 5/ Modifier aussi les données professionnelles

- Données personnelles
- Données professionnelles**
- Archives
- Porte-documents
- Mes connexions
- Préférences

## Mes données professionnelles

Nom : ██████████	Titre : Docteur en pharmacie	1ère inscription le : ██████████
Prénom : BERTRAND	Diplômé(e) le : 22/12/1998	Numéro RPPS : 1000████████
Université : Université de ██████████		

### Mes activités

 Tel : -	Modalité d'exercice : -	
Fax : -	Temps de travail : -	
Portable : -		
Courriel : -		

Dénomination sociale	Type d'établissement	Fonction	Section/secteur	Adresse	Inscription
 PHARMACIE ██████████	OFFICINE	PHARMACIEN TITULAIRE D'OFFICINE	A (A)	██	15/06/2007

