|  |  |
| --- | --- |
|  | **Demande d’inscription en qualité de pharmacien** **auprès de l’INAMI** ***Attention ! Votre inscription se fera en qualité de remplaçant. Pour être inscrit en qualité de titulaire ou d’adjoint, vous devez également nous transmettre le formulaire «***[*Modifications dans la composition d’une équipe officinale*](http://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/formulaire_pharmaciens_modifications_equipe_officinale.docx)***».*** |

|  |
| --- |
| 1. **Conditions d’inscription**:
 |
| * **Vous avez reçu un visa du SPF Santé publique**
* **Vous avez reçu une reconnaissance de l’Ordre des Pharmaciens**
 |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **Vos données :** (toutes ces données doivent obligatoirement nous être communiquées)
 |
| **Votre nom:** |   |
| **Votre prénom:** |   |
| **Votre numéro national:***(Vous trouverez ce numéro au verso de votre carte d’identité. Vous n’êtes pas inscrit au registre national? Veuillez alors préciser votre numéro bis)* |   |
| **Votre adresse email:***(Adresse email à laquelle nous pouvons vous contacter)* |   |
| **Votre adresse de contact:***(Adresse à laquelle nous pouvons vous contacter: adresse* ***impérativement*** *en Belgique + le cas échéant, le nom du demeurant ou de l’établissement situé à cette adresse)* | Rue, n°, Bte:  Code postal, localité: Nom du demeurant ou de l’établissement: N° INAMI ou APB de l’établissement (si existant) :  |

*Veuillez également remplir et signer le verso de ce formulaire*

|  |
| --- |
| 1. **Déclaration du conseil de l’Ordre des pharmaciens**
 |
| Le pharmacien désigné ci-avant est ou sera inscrit au tableau de l’Ordre des Pharmaciens de la province de Sous le numéro: Et peut exercer l’art pharmaceutique à partir du:

|  |  |
| --- | --- |
| Fait à  | Le  |

Signature du mandataire Sceau du Conseil provincial  de l’Ordre des Pharmaciens |

|  |
| --- |
| 1. **Votre déclaration:**
 |
| En signant ce formulaire d’inscription, je déclare que les données transmises sont correctes et que je remplis les conditions d’enregistrement mentionnées dans la partie I de ce document. Je m’engage à signaler tout changement relatif aux données reprises dans ce formulaire.J’adhère à la Convention nationale conclue entre les pharmaciens et les organismes assureurs (P96) et je m’engage à me conformer aux dispositions de cet accord.Date: Signature: |

|  |
| --- |
| 1. **Comment nous transmettre la demande?**
 |
| **De préférence par email (document numérisé):***Ou***Par courrier postal:** | dossierpharma@inami.fgov.be INAMI, Service des soins de santé, team pharmaciensAvenue de Tervuren 211, 1150 BRUXELLES (bureau 486) |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| https://encrypted-tbn2.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcRoUOQwUzFUK3IcYRJdVnmyAl-n-PncN_OpTIpmAVDXDwENDio8TglBHQ | Vous trouverez plus d’informations sur l’exercice de votre profession sur notre site [www.inami > Professionnels > Pharmaciens](http://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/pharmaciens/Pages/default.aspx) |