|  |
| --- |
| **ORDRE** |
| **DES PHARMACIENS DU SENEGAL** |
| Rue 3 x 11, Point E en face du Haut Conseil Des Collectivités Territoriales(HCCT) |
| Boîte 45050 Dakar Fann / Tél : 33 825.09.28 / 77 450.05.54Email : ordrephie@gmail.com |
|  |

**Cadre réservé à l’ordre**

Date d’inscription : ……………….….. Numéro d’inscription : ………………..

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

POUR UNE INSCRIPTION AU TABLEAU DE L’ORDRE DES PHARMACIENS

SECTION B

(Prière de remplir ce formulaire en MAJUSCULE)

Prénom(s) :………………………….. Nom :………………………………………………………. Date de naissance :……/…..../…..… Lieu de naissance :…………………………………….. Pays de naissance :…….. ………………. Nationalité : …………………………………………… Adresse personnelle : ………………………………………………………………………………… Contacts : domicile :………………… ……..………… Mobile :………………….………………… E-mail : ………………………………………………………………………………………………..

Année d’obtention du diplôme : ………………. Numéro du diplôme : ……………………………... Etablissement ayant délivré le diplôme : ……………………………………………………………...

|  |
| --- |
| Si autre(s) diplôme(s) de pharmacien, précisez lesquels et les facultés : |
| Diplôme | Etablissement | Date d’obtention |
| ………………………………….. | ………………………………………… | ……/……/…… |
| ………………………………….. | ………………………………………… | ……/……/…… |
| ………………………………….. | ………………………………………… | ……/……/…… |

Référence de l’autorisation d’exercer la pharmacie au Sénégal (Arrêté, Contrat, …)

………………………………………………………………………………………………………….

Adresse professionnelle antérieure:……………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………….

Contacts téléphoniques………………… ……………………………………………………………..

Etes-vous déjà inscrit à l’Ordre ? □ Oui □ Non

Si Oui, précisez le N° d’inscription : ………………………… l’année : ………. et la section :…….. Pour quelle(s) fonction(s) : ……………………………………………………………………………

**Cochez l’activité pour laquelle l’inscription est sollicitée**

# SECTION B

* **Titulaire d’Officine**
* **Titulaire de Laboratoire**
* **Gérant d’Officine simple**
* **Gérant d’officine après décès du titulaire**
* **Responsable en Industrie**

**Types d’établissement**

* **Responsable Grossiste Répartiteur**
* **Responsable Agence**
* **Assistant Officine**
* **Assistant Industrie**
* **Assistant Grossiste**
* **Assistant Laboratoire**

Nom de l’établissement……………………………………………………………………………….. Adresse : ……………………………………………………………………………………………… Ville ou département : …………………………….. Région : ……………………………………….. Téléphone :………….…… E-mail : ………………………………………………………………….

**Je soussigné(e), certifie sur l’honneur l’exactitude des déclarations portées sur la présente fiche de renseignements.**

Fait à : ……………………………………. Le : …..…/……../………

**Signature**

**Le présent formulaire est établi conformément aux dispositions de l’Article 7 de la loi n° 73-62 du 19 Décembre 1962 portant création de l’Ordre des Pharmaciens. Les renseignements demandés sont indispensables à l’instruction de votre demande d’inscription au tableau. Ces renseignements étant repris dans le cadre d’un fichier informatisé, il va de soi que vous avez un droit d’accès et, le cas échéant de rectification de ce dernier.**