

DIRECTION GÉNÉRALE SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES & GESTION DE CRISE

Service Professions des soins de santé

**Groupe de Travail « Agrément assistant pharmaceutico-technique »**

EUROSTATION II – Place Victor Horta 40, boîte 10 – 1060 Bruxelles

Centre de Contact : 02/524.97.97 – [info@health.fgov.be](mailto:info@health.fgov.be)

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'AGREMENT EN TANT QU'ASSISTANT(E) PHARMACEUTICO-TECHNIQUE**

**A COMPLETER PAR LE DEMANDEUR (en caractères d'imprimerie s.v.p.)**

Veuillez cocher ce qui convient

	<b>1. DIPLOME :</b>
<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vous êtes en possession d'un diplôme sanctionnant une formation de l'enseignement secondaire supérieur, dont le programme comporte au moins : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ une formation théorique en physiologie, anatomie, biologie, étude des médicaments organique saliphatiques et aromatiques, pharmacologie, toxicologie, physique, étude des médicaments minéraux, déontologie ;</li> <li>○ une formation théorique et pratique en galénique (y compris stérilité et microbiologie), lecture d'ordonnances, législation pharmaceutique et tarification, pharmacognosie et chimie analytique</li> </ul> </li> </ul>
	OU
<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vous êtes en possession d'un diplôme sanctionnant une formation de l'enseignement secondaire supérieur et avez en outre suivi avec fruit une formation spécifique au moins équivalente, dans un établissement créé, subventionné ou reconnu par l'autorité compétente, dont le programme comporte au moins la formation théorique et la formation théorique et pratique mentionnées ci-dessus.</li> </ul>
	<b>2. STAGE :</b>
<input type="checkbox"/>	Vous avez effectué avec fruit un stage en officine dont la durée minimale est fixée à 300 heures.
	<b>3. EMPLOYEUR :</b>
<input type="checkbox"/>	Pharmacie ouvert pour public
<input type="checkbox"/>	Pharmacie hospitalière
<input type="checkbox"/>	Autre(s)

**Veillez joindre les pièces nécessaires (copie du diplôme et preuve de stage)**

Prénom : ..... Nom : .....

## FORMULAIRE DE DEMANDE D'AGREMENT

### IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

Prénom :	
Nom :	
N° registre national :	
N° BIS : (pour non-Belges)	
Nationalité :	
Langue :	
Sexe : (F/M)	
Date de naissance :	
Lieu de naissance :	
Pays de naissance :	
Adresse :	
N° :	
Boîte :	
Code postal :	
Commune :	
Pays :	
Téléphone :	
GSM :	
Fax :	
E-mail :	

**Veillez joindre une copie de votre carte d'identité (recto-verso)**

<b>FORMATION</b>	
ECOLE / DIPLOME	DATE du diplôme

<b>STAGE</b>	
LIEU du stage	PERIODE du stage

Veillez renvoyer le présent formulaire et les pièces justificatives à l'adresse suivante :

SPF SANTE PUBLIQUE, SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT  
DIRECTION GENERALE SOINS DE SANTE PRIMAIRES ET GESTION DE CRISE  
Service Professions des soins de santé  
**Groupe de Travail « Agrément assistant pharmaceutico-technique »**  
EUROSTATION II – Place Victor Horta 40, boîte 10 – 1060 Bruxelles

Prénom + nom :

---

Je déclare que les informations contenues dans le présent formulaire sont exactes.

Date : \_\_\_\_\_

Signature :

---