

**INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE – INVALIDITE**  
ETABLISSEMENT PUBLIC INSTITUTE PAR LA LOI DU 9 AOUT 1963  
AVENUE DE TERVUREN 211 – 1150 BRUXELLES

**SERVICE DES SOINS DE SANTE**

**DOCUMENT D'INSCRIPTION A JOINDRE A LA FORMULE D'ADHESION A LA CONVENTION  
NATIONALE PHARMACIENS-ORGANISMES ASSUREURS.**

**A compléter par le pharmacien**

NOM : ..... H ou F .....

Prénoms : .....

Adresse complète : .....

.....

Date de naissance : .....

Date du diplôme de pharmacien : .....

Numéro de registre national : .....

Le .....

Signature .....

**Renseignements à fournir par le Conseil provincial de l'Ordre des pharmaciens**

Le pharmacien désigné ci-dessus 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 .....

Le .....

Sceau du Conseil provincial  
De l'Ordre des pharmaciens,

Signature d'un mandataire,

**P96**

Le soussigné pharmacien.....  
.....(nom, prénoms)  
.....(n° d'inscription INAMI)  
ayant sa résidence principale à :  
.....(rue et n°)  
.....(code postal et commune)  
.....(province ou région de Bruxelles-Capitale)  
.....(numéro d'identification)  
titulaire, adjoint, remplaçant<sup>1</sup> de l'officine ouverte au public  
.....(dénomination)  
.....(numéro d'immatriculation attribué par le Ministère de la Santé publique)  
située à :  
.....(rue et n°)  
.....(code postal et commune)  
.....(province ou région de Bruxelles-Capitale)  
agissant  
- pour son propre compte<sup>1</sup>  
- comme pharmacien gérant<sup>1</sup>  
- comme pharmacien-adjoint<sup>1</sup>  
- comme pharmacien-remplaçant<sup>1</sup>

déclare avoir pris connaissance des clauses et dispositions de la présente convention et de ses avenants et s'engage à les respecter.

Il (elle) accepte (n'accepte pas) le système du tiers payant<sup>1</sup>.

Fait à .....  
(lieu et date)

Le pharmacien,  
(signature)

Le soussigné<sup>2</sup> :  
- propriétaire<sup>1</sup>  
- agissant au nom de la société qu'il représente en sa qualité de  
.....

déclare avoir pris connaissance de l'adhésion du pharmacien gérant, adjoint ou remplaçant<sup>1</sup> à la convention.

Fait à .....  
(lieu et date)

(signature)

<sup>1</sup>Biffer les mentions inutiles

<sup>2</sup>Ne remplir que si le pharmacien est gérant, adjoint ou remplaçant