



Modifications dans la composition d'une équipe officinale

I. Données de la pharmacie :

N° INAMI de la pharmacie (ou APB) :

Nom de la pharmacie :

Adresse de la pharmacie :

(Tout changement de nom et/ou d'adresse de pharmacie doit être communiqué uniquement à l'AFMPS)

(Pour les points suivants, veuillez remplir uniquement les cases pertinentes)

II. Changement de titulaire :

Date à laquelle le changement sera effectif :/...../.....

	Titulaire sortant	Nouveau titulaire
Nom et prénom :
Numéro national : <i>(Vous trouverez ce numéro au verso de votre carte d'identité. Vous n'êtes pas inscrit au registre national? Veuillez alors donner votre numéro bis)</i>
Numéro INAMI :
Signature :

III. Pharmaciens entrants ou sortants de la pharmacie :

Chaque dispensateur entrant doit obligatoirement signer ce formulaire (si cette liste n'est pas assez longue, vous pouvez y annexer une liste complémentaire similaire)

Pharmaciens entrants : (! Veuillez cocher la fonction du pharmacien, faute de quoi nous l'inscrivons comme remplaçant !)

	Nom et prénom du pharmacien entrant	Numéro INAMI du pharmacien entrant	Fonction du pharmacien entrant	Date d'entrée	Signature du pharmacien entrant
1.	<input type="checkbox"/> Titulaire <input type="checkbox"/> Adjoint <input type="checkbox"/> Remplaçant
2.	<input type="checkbox"/> Titulaire <input type="checkbox"/> Adjoint <input type="checkbox"/> Remplaçant
3.	<input type="checkbox"/> Titulaire <input type="checkbox"/> Adjoint <input type="checkbox"/> Remplaçant

Pharmaciens sortants:

	Nom et prénom du pharmacien	Numéro INAMI du pharmacien	Date de sortie
1.
2.
3.

IV. Votre déclaration en qualité de titulaire ou de propriétaire de l'officine :

En signant ce formulaire de modifications, je déclare que les données transmises sont correctes et je m'engage à communiquer à l'INAMI tout nouveau changement dans la composition de l'équipe officinale.

Date:

Nom et signature du/des titulaire(s) ou du propriétaire de l'officine (*):

(*) biffez la mention inutile

V. Comment nous transmettre le formulaire?

De préférence par email (document numérisé):

dossierpharma@inami.fgov.be

Ou

INAMI, Service des soins de santé, team pharmaciens

Par courrier postal:

Avenue de Tervuren 211, 1150 BRUXELLES (bureau 486)



Vous trouverez plus d'informations sur l'exercice de votre profession sur notre site [www.inami >](http://www.inami.be)
[Professionnels > Pharmaciens](#)