



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](#) ».

I. Conditions d'inscription:

- Vous avez reçu un visa du [SPF Santé Publique](#)
- Vous avez reçu une reconnaissance de [l'Ordre des Pharmaciens](#)

II. Vos données : (toutes ces données doivent obligatoirement nous être communiquées)

Votre nom:	
Votre prénom:	
Votre numéro national: <i>(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)</i>	
Votre adresse email: <i>(Adresse email à laquelle nous pouvons vous contacter)</i>	
Votre adresse de contact: <i>(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)</i>	Rue, n°, Bte: Code postal, localité: Nom du demeurant ou de l'établissement: N° INAMI ou APB de l'établissement (si existant) :

Veillez également remplir et signer le verso de ce formulaire

III. Déclaration du conseil de l'Ordre des pharmaciens

Le pharmacien, (nom et prénom)....., 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

IV. 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:

À imprimer et à signer ou à [signer électroniquement](#)

V. Comment nous transmettre la demande?

De préférence par email (document numérisé): dossierpharma@riziv-inami.fgov.be

Ou

Par courrier postal:

INAMI, Service des soins de santé, section pharmaciens, Avenue Galilée 5/01, 1210 BRUXELLES



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