

RECOMMANDE

Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé
Service Enregistrement des officines
A l'attention de Madame SCHOOLS Déborah
EUROSTATION – Bloc 2 - 6^{ème} étage (6^E365)
Place Victor Horta, 40 bte 40
B-1060 BRUXELLES

ARRETE ROYAL DU 25 SEPTEMBRE 1974 CONCERNANT L'OUVERTURE, LE TRANSFERT ET LA FUSION D'OFFICINES PHARMACEUTIQUES OUVERTES AU PUBLIC, tel que modifié à ce jour.

DEMANDE DE MODIFICATION DE L'ENREGISTREMENT D'UNE OFFICINE PHARMACEUTIQUE REGULIEREMENT OUVERTE AU PUBLIC

DONNEE(S) MODIFIEE(S) A PARTIR DU (jour) |_|_| (mois) |_|_| (année) |_|_|_|_| (DATE)

RUBRIQUE(S) MODIFIEE(S) : 1 – 2 – 3 – 4 (1)

Le détenteur de l'autorisation ne doit remplir que la ou les rubrique(s) pour laquelle il y a une modification.

CACHET DE L'OFFICINE :

NUMERO D'IMMATRICULATION (6 chiffres)

FOFF						
-------------	--	--	--	--	--	--

Conformément à la Loi du 11 mars 2018 et à moins que la modification ne soit la conséquence d'une obligation imposée de la part des pouvoirs publics, les enregistrements visés par cette loi sont soumis à une rétribution.

Les rétributions indexées des modifications de l'enregistrement des officines sont disponibles sur le site internet de l'afmps :

https://www.fagg.be/sites/default/files/content/2020_officine_ouverte_au_public-modif_enreg-fr_0.pdf

Des modifications simultanées pour une officine peuvent être introduites dans les mêmes formulaires. La rétribution est, dans ce cas, la somme des rétributions qui devraient être dues lorsque les modifications sont introduites séparément.

A partir du 01/03/2020 vous ne devez plus payer anticipativement la rétribution. L'afmps envoie une facture du montant redevable après introduction de la demande de modification de l'enregistrement auprès du cadastre des officines.

1. DONNEES RELATIVES A L'OFFICINE MEME.

Nom de l'officine : nom du pharmacien-titulaire (ou autre nom, si utilisé et autorisé par la commission médicale provinciale) :

[Grid for name entry]

Adresse de l'officine :

Rue, numéro et boîte:

[Grid for address entry]

Code postal : [Grid]

Commune :

[Grid for commune entry]

N° téléphone : [Grid]

N° fax : [Grid]

E-mail : [Grid]

(1) (RE)OUVERTURE de l'officine au lieu d'implantation actuel :

DATE : (jour) [Grid] (mois) [Grid] (année) [Grid]

(1) Le cas échéant,

la date de CESSION (la plus récente) de l'officine : (jour) [Grid] (mois) [Grid] (année) [Grid]

la date de changement de la direction de l'officine (début exercice comptable effectif) : (jour) [Grid] (mois) [Grid] (année) [Grid]

+ Nom et prénom OU dénomination sociale et forme juridique de l'ancien détenteur de l'autorisation :

[Grid for name entry]

(1) Le cas échéant, la date du TRANSFERT temporaire de l'officine : (jour) [Grid] (mois) [Grid] (année) [Grid]

(1) Le cas échéant, la date (1) de la FERMETURE DEFINITIVE OU (1) de la FERMETURE TEMPORAIRE de l'officine : (jour) [Grid] (mois) [Grid] (année) [Grid]

(1) En cas de fusion, la date de fermeture définitive et l'adresse de l'officine fusionnée :

(jour) [Grid] (mois) [Grid] (année) [Grid]

Adresse de l'officine fusionnée :

Rue, numéro et boîte:

[Grid for address entry]

Code postal : [Grid]

Commune :

[Grid for commune entry]

Numéro d'entreprise sous lequel l'officine exerce son activité commerciale : TVA-BE [Grid]

Personne inscrite sous le numéro d'entreprise mentionné ci-dessus : nom et prénom (personne physique) OU dénomination sociale et forme juridique (personne morale)

[Grid for name entry]

2. IDENTITE DU DETENTEUR DE L'AUTORISATION, SI PERSONNE PHYSIQUE (UNE SEULE PERSONNE)

Nom :

[Grid for name entry]

Prénoms :

[Grid for prenames entry]

Adresse de domiciliation de la personne physique :

Rue, numéro et boîte :

[Grid for address entry]

Code postal : [Grid]

Commune (et pays si autre que la Belgique):

[Grid for commune entry]

Date de naissance : (jour) [Grid] (mois) [Grid] (année) [Grid]

Sexe [Grid] F (féminin) ou M (masculin)

Lieu de naissance (et pays si autre que la Belgique)

[Grid for birth location entry]

NUMERO NATIONAL (cfr. Carte SIS) : [Grid]

NUMERO D'ENTREPRISE : TVA-BE [Grid] (sans mentionner de points)

(1) Biffer les mentions inutiles.

4. DONNEES RELATIVES A L'IDENTITE DU PHARMACIEN TITULAIRE DE L'OFFICINE

Code de langue : N (néerlandais) ou F (français) ou A (allemand)

Sexe : F (féminin) ou M (masculin)

4.1 Données relatives à l'identité du pharmacien titulaire de l'officine qui va accomplir les formalités administratives nécessaires dans le cadre de la procédure d'enregistrement visée à l' art.4 aux §§ 3ter et 3quinquies de l'Arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé (AR n° 78 art.4 § 2ter)

Nom :

Prénoms :

Adresse de domiciliation du pharmacien-titulaire:

Rue, numéro et boîte :

Code postal:

Commune :

NUMERO NATIONAL (cfr. Carte SIS) :

Lieu de naissance (et pays si autre que la Belgique) :

Numéro d'identification personnel auprès de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI) :

(11 positions sans inscrire de points)

**4.2 Données relatives à l'identité du pharmacien co-titulaire de l'officine (si applicable)
(AR n° 78 art.4 § 2ter)**

Nom :

Prénoms :

Adresse de domiciliation du pharmacien-titulaire:

Rue, numéro et boîte :

Code postal:

Commune :

NUMERO NATIONAL (cfr. Carte SIS) :

Lieu de naissance (et pays si autre que la Belgique) :

Numéro d'identification personnel auprès de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI) :

(11 positions sans inscrire de points)

A REMPLIR PAR LE DETENTEUR DE L'AUTORISATION

La présente déclaration est sincère et véritable ;
Je m'engage à faire enregistrer toute modification des données, dans les soixante jours suivant la modification, sur les formulaires délivrés à cet effet par l'Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé.

Date :(jour/mois/année)

Signature(s) + nom(s) (voir rubrique 2 ou 3: détenteur de l'autorisation)

.....

Numéro de téléphone où peut être joint le détenteur de l'autorisation :

E-mail :

(1) Biffer les mentions inutiles