

**CONSEIL DE L'ORDRE DES PHARMACIENS  
DE POLYNESIE FRANCAISE**  
Boite Postale 40147 Fare Tony  
98713 Papeete - Tahiti  
Tel: 40 54 32 90 - Fax : 40 54 32 91

---

**DEMANDE D'INSCRIPTION**

- 1 - Premier Enregistrement
- 2 - Modification d'enregistrement

Nom de naissance: .....

Nom d'épouse: .....

Prénoms: .....

Date de naissance: ..... Lieu de naissance : .....

Nationalité : .....

Sexe : Masculin  Feminin

Tél domicile : ..... N° Portable : .....

Adresse Géographique : .....

Boite Postale ..... Code Postal : .....

Adresse Mail : ..... N° Fax : .....

Diplôme, Attestation, Certificat Provisoire : **DELIVRE PAR**

L'Université de : .....

Sous le numéro : ..... le .....

Pour les femmes mariées, nom sous lequel le diplômes a été délivré : .....

.....

Diplôme, Attestation, Certificat Provisoire : **ENREGISTRE**

- A l'ARASS (Agence de régulation de l'action sanitaire et sociale) le : .....

Sous le numéro : .....

Autre titre universitaires ou hospitaliers :

Demande d'inscription à la branche professionnelle des \*

Titulaires d'une officine ouverte au public

Fabricants, Importateurs, Distributeurs de produits du monopole pharmaceutique

Hospitalier ou pharmaciens exerçant au sein de pharmacies à usage intérieur

Biologiste

Adjoints, remplaçants ou salariés ne faisant pas partie des autres branches professionnelles

Activité principale antérieure à la demande d'inscription

Inscription au tableau de l'Ordre National section A B C D E F \*

Sous le numéro .....

En qualité de .....

Lieu d'exercice .....

Activité liée à la demande d'inscription professionnelle

En qualité de .....

Adresse géographique professionnelle .....

Boite Postale .....

Tél ..... Fax ..... Mail .....

Si l'activité professionnelle est effectuée au sein d'une société

Forme juridique de la Société

Acte de constitution de la Société sous seing privé \* devant notaire \*

Acte enregistré le .....

Nom et prénom des associés .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Activités professionnelles conjointes :

Activités professionnelles antérieures :

Le soussigné certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements mentionnés ci-dessus,

Fait à ....., le .....

Signature

\* Rayer les mentions inutiles