



# Demande d'inscription

au tableau du Conseil de l'Ordre des Pharmaciens de la Polynésie Française (COPPF)

Délibération n° 2003-149 APF du 9 septembre 2003 relative au conseil de l'ordre des pharmaciens de la Polynésie française.

Article 35.- L'inscription au tableau du conseil de l'ordre des pharmaciens de la Polynésie française rend licite l'exercice de la profession de pharmacien en Polynésie française.

- L'inscription soit au **tableau de l'ordre national des pharmaciens** soit au **tableau de l'ordre des pharmaciens de la Nouvelle-Calédonie** rend licite l'exercice de la profession de pharmacien en Polynésie française pour une durée n'excédant pas **quatre mois**, sous réserve de la production d'une attestation d'inscription au tableau de l'ordre auprès duquel le pharmacien est inscrit. Au-delà du délai de quatre mois, l'inscription au tableau du conseil de l'ordre des pharmaciens de la Polynésie française est obligatoire.
- Le **certificat de remplacement** délivré par l'instance ordinaire compétente à l'étudiant en pharmacie ayant validé sa cinquième année d'études en vue du diplôme d'Etat de docteur en pharmacie et son stage de sixième année rend licite l'exercice de la profession de pharmacien en Polynésie française pour une durée n'excédant pas **un an**, sous réserve de la production dudit certificat de remplacement.

Première inscription       Modification de l'inscription

## IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

Civilité :  Mme       M.

Nom de naissance : .....

Nom marital : .....

Prénoms : .....

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

Nationalité : .....

Tél domicile : ..... N° portable : .....

Adresse géographique : .....

Boite postale : ..... Code postal : .....

Courriel : .....

## DIPLOME, ATTESTATION, CERTIFICAT PROVISOIRE

Diplôme       Attestation       Certificat provisoire

Délivré par l'Université de : .....

Sous le numéro : ..... le .....

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

## ENREGISTREMENT DIPLOME, ATTESTATION, CERTIFICAT PROVISOIRE

Diplôme       Attestation       Certificat provisoire

Enregistré à l'Agence de Régulation de l'Action Sanitaire et Sociale (ARASS) le : .....

Sous le numéro : .....

Autre(s) titre(s) universitaire(s) ou hospitalier(s) : .....

## DEMANDE D'INSCRIPTION A LA BRANCHE PROFESSIONNELLE :

- Pharmaciens **titulaires** d'une officine de pharmacie ouverte au public;
- Pharmaciens exerçant au sein des établissements, entreprises ou organismes se livrant à la **fabrication, l'importation, l'exportation, la distribution en gros** des médicaments ou produits du monopole pharmaceutique;
- Pharmaciens **hospitaliers**, radiopharmacien et pharmaciens exerçant au sein des pharmacies à usage intérieur (PUI) ;
- Pharmaciens **biologistes** exerçant au sein des laboratoires d'analyses de biologie médicale ou au sein des centres de transfusion sanguine ;
- Pharmaciens **adjoints, remplaçants, ou salariés** ne faisant pas partie des autres branches professionnelles.

## ACTIVITE PRINCIPALE ANTERIEURE A LA DEMANDE D'INSCRIPTION

Inscription au tableau de l'Ordre National des Pharmaciens (ONP)

Section :  A  B  C  D  E  F  G

Sous le numéro : .....

En qualité de : .....

Lieu d'exercice : .....

## ACTIVITE LIEE A LA DEMANDE D'INSCRIPTION PROFESSIONNELLE

En qualité de : .....

Adresse géographique professionnelle : .....

Boite Postale : .....

Tél : ..... Fax : ..... Courriel : .....

## ACTIVITE PROFESSIONNELLE EFFECTUEE AU SEIN D'UNE SOCIETE

Forme juridique de la société : .....

Acte de constitution de la société  sous seing privé  devant notaire

Acte enregistré le : .....

| Nom et prénom(s) des associé(e)s : |            |            |            |
|------------------------------------|------------|------------|------------|
| Associé(e)                         | Associé(e) | Associé(e) | Associé(e) |
|                                    |            |            |            |
|                                    |            |            |            |

Activités professionnelles conjointes : .....

.....

.....

Activités professionnelles antérieures : .....

.....

.....

Je soussigné(e), .....

Accepte de figurer dans l'annuaire référençant les pharmaciens exerçant en Polynésie française

Certifie sur l'honneur l'exactitude des déclarations portées sur la présente demande d'inscription

Fait à ....., le .....

Signature,

**DOSSIER IMPERATIVEMENT COMPLET A REMETTRE :**

| ⇒ Par courriel              | ⇒ Sur place  | ⇒ Par voie postale  |
|-----------------------------|--|---|
| ordredespharmaciens@mail.pf | Immeuble Paofai (Papeete)<br>Bâtiment A<br>1er étage | BP 40 147 Fare Tony<br>98 713 Papeete – TAHITI<br>Polynésie française |

Les données à caractère personnel collectées directement par le conseil de l'Ordre des pharmaciens de la Polynésie française (COPPF), auprès de vous font l'objet d'un traitement ayant pour finalité la gestion des inscriptions. Le traitement de ces données est nécessaire pour instruire votre demande d'inscription au tableau du conseil de l'Ordre ainsi que pour l'accomplissement des missions de service public. Les données à renseigner dans le présent formulaire sont, à ce titre, obligatoires. Elles sont à destination du COPPF et seront conservées le temps nécessaire à la réalisation des finalités du traitement ou dans le respect des prescriptions légales. Conformément à la loi informatique et libertés n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez des droits suivants sur vos données : droit d'accès, droit de rectification, droit d'opposition pour des raisons tenant à votre situation particulière, que vous pouvez exercer aux adresses suivantes, en justifiant de votre identité. Pour toute question relative à l'utilisation de vos données, vous pouvez contacter le COPPF à l'adresse suivante : [ordredespharmaciens@mail.pf](mailto:ordredespharmaciens@mail.pf)