



## Modifications dans la composition d'une équipe officinale

### I. Données de la pharmacie :

N° INAMI ou APB de la pharmacie : .....

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
<b>Nom et prénom :</b>	.....	.....
<b>Numéro national :</b> <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>	.....	.....
<b>Numéro INAMI :</b>	.....	.....
<b>Signature :</b>	.....	.....

### 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'inscrirons comme remplaçant !)

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

Veuillez également remplir et signer le verso de ce formulaire

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 modification, je déclare que les données transmises sont correctes et je m'engage à communiquer à l'INAMI tout changement concernant la composition de l'équipe officinale.

Date :

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

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


(\*) biffez la mention inutile

**V. Comment nous transmettre le formulaire?**

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

Ou

Par courrier postal : INAMI, Service des soins de santé, team pharmaciens  
Avenue Galilée 5/01, 1210 BRUXELLES

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