

Annexe 2
SERVICE PUBLIC FEDERAL SANTE PUBLIQUE, SECURITE DE LA CHAÎNE
ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT

1

Commission d'agrément des pharmaciens hospitaliers
 C.A.E. - Quartier Vésale - étage 2/3 - 1010 Bruxelles

 Tél: 02/210 42 24 ou 02/210 42 05 – Fax: 02/210 59 11.

FORMULAIRE DE DEMANDE DE PROROGATION
DE L'AGRÈMENT COMME PHARMACIEN HOSPITALIER.

Identification du demandeur:

A remplir en lettres majuscules s. v. p.

Prénoms:			Nom:				
Date de naissance:		Sexe:	Masculin: <input type="checkbox"/>	Féminin: <input type="checkbox"/>	Nationalité:		
Adresse:					N° :		Boîte:
Code postal:		Commune:					
Téléphone:				Fax:			
E-mail:							

Lieu de travail actuel du demandeur:

A remplir en lettres majuscules s. v. p.

Dénomination:							
Adresse:					N° :		Boîte:
Code postal:		Commune:					
Téléphone:				Fax:			
E-mail:							

Informations concernant votre agrément complet:

A compléter s.v.p.

Date début d'agrément:	
Numéro d'agrément:	