

**DEMANDE D'AGREMENT (OU DE RENOUVELLEMENT D'AGREMENT)
en QUALITE de
PHARMACIEN MAITRE DE STAGE***



Je soussigné,

Pharmacien exerçant à

Inscrit à l'Ordre sous le n° Section

demande à Madame le Président du Conseil de l'Ordre de bien vouloir examiner son inscription comme Maître de Stage agréé, en vue d'accueillir un étudiant en pharmacie pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie.

Je déclare avoir pris connaissance :

- * des conditions d'agrément
- * des termes de la charte d'engagement
 - * du règlement intérieur et déontologie des stages en pharmacie d'officine des régions :
Provence- Alpes – Côte d'Azur et Corse
- * des programmes de stage.

et ce, conformément à l'Article 17 de l'Arrêté français du 14 août 2003, modifiant l'Arrêté du 17 juillet 1987, relatif au régime des études en pharmacie.

Fait à

Le

(Signature)

FICHE D'IDENTIFICATION DE L'OFFICINE

Adresse

Adresse électronique

Enseigne commerciale

Structure commerciale

N° Téléphone N° Télécopieur

Jours d'ouverture

Heures d'ouverture

(*) Demande à adresser à Madame le Président - Conseil de l'Ordre des Pharmaciens
7, Boulevard des Moulins - 98000 MONACO

FICHE DE RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PHARMACIEN MAITRE DE STAGE

Nom (Patronyme) Prénom

Eventuellement, Nom d'épouse

Lieu d'obtention du diplôme (**précision obligatoire**)

Université de Date (**idem**)

Autres diplômes universitaires

Date de la 1^{ère} inscription à l'Ordre (**réponse obligatoire**) : France Section

(5 ans d'exercice officinal dont 2 années au moins en tant que Titulaire ou Pharmacien Gérant)

Date de la 1^{ère} inscription à l'Ordre (**réponse obligatoire**) : Monaco Section

- d'une première demande

S'agit-il

- d'un renouvellement n° d'agrément antérieur

Responsabilités dans les domaines Pharmaceutiques et de Santé

.....

.....

AVIS DU CONSEIL DE L'ORDRE

FAVORABLE

RESERVE

DEFAVORABLE

MISE EN INSTANCE

Date

Signature