

A FAXER : 081/24.21.05 ou par mail : [equipe.tarification@urppn.be](mailto:equipe.tarification@urppn.be)

## Pharmacien adhérent

NOM : .....(en majuscule SVP)

PRENOMS : .....(en majuscule SVP)

LANGUE : .....

ADRESSE PRIVEE: ..... NR. .... BTE.....

CODE POSTAL : ..... COMMUNE : ..... TEL. : .....

e-MAIL : ..... N° INAMI : .....

**Pas de changement depuis l'année passée, merci de cocher cette case**

**NOM + ADRESSE DES OFFICINES POUR LESQUELLES VOUS TRAVAILLEZ:**

1. *Officine activité principale:*.....

*N° APB :* .....

*Fonction :* .....

2. *Autre officine:*.....

*N°APB:* .....

*Fonction:* .....

3. *Autre officine:* .....

*N° APB:* .....

*Fonction:* .....

DATE : .....

Signature,

Les informations demandées dans ce formulaire sont destinées à être reprises dans le registre des membres APB, de sorte que l'APB puisse remplir ses obligations envers l'INAMI en tant qu'organisation professionnelle représentative des pharmaciens d'officine (voir AR du 30 Juillet 2010, MB août 10, 2010)  
L'APB traite les données conformément à la réglementation relative à la protection de la vie privée, et notamment dans le respect de la loi du 8 Décembre 1992 relative au traitement des données personnelles et de ses arrêtés d'exécution.