



**DEMANDE DE RENOUELEMENT DE L'AUTORISATION
D'EXERCER
PHARMACIEN**

IDENTITÉ DU DEMANDEUR

Nom :

Prénom :

Lieu de naissance :

Date de naissance :

Nationalité :

Adresse domicile :

N° :

Code postal :

Localité :

Pays :

Tél. privé :

Fax privé :

Adresse professionnelle :

N° :

Code postal :

Localité :

Date d'établissement :

Tél. professionnel :

Fax professionnel :

GSM :

E-mail :

Adresse pour courrier :

domicile

professionnelle

OBJET

Demande de renouvellement de l'autorisation d'exercer définitive

PROFESSION

Pharmacien

1 - ÉTUDES

ÉTUDES PRIMAIRES, SECONDAIRES

Nom de l'établissement	Durée des études		Diplôme ou certificat obtenu
	de	à	

ÉTUDES SUPÉRIEURES

Nom de l'université	Durée des études		Diplôme ou certificat obtenu
	de	à	

**PERIODES DE FORMATION COMPLEMENTAIRE
RESP . DE SPECIALISATION**

Nom de l'université	Durée des études		Diplôme ou certificat obtenu
	de	à	

2 - FORMATION CONTINUE

.....

3 - EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE

Indiquez avec précision votre exercice professionnel antérieur.

a) Emploi actuel :

Nom et adresse de l'employeur :

Période d'occupation :
 du au

b) Emplois antérieurs :

Nom et adresse de l'employeur :

Période d'occupation :

du _____ au _____

Nom et adresse de l'employeur :

Période d'occupation :

du _____ au _____

Nom et adresse de l'employeur :

Période d'occupation :

du _____ au _____

Nom et adresse de l'employeur :

Période d'occupation :

du _____ au _____

4 - ÉTABLISSEMENT LÉgal DANS UN OU PLUSIEURS ETATS MEMBRES DE L'UNION EUROPÉENNE

Êtes-vous légalement établi(e) dans un autre Etat membre de l'Union européenne pour exercer la profession de pharmacien

Oui Non

Si Oui,

Indiquez la profession exercée¹ dans l'Etat membre où vous êtes établi(e) :²

.....
.....
.....

Faites-vous partie d'un ordre professionnel ou d'un organisme équivalent ?³

Oui Non

Si Oui,

Indiquez lequel, les coordonnées correspondantes et votre numéro de registre.

.....
.....
.....

Disposez-vous d'une couverture d'assurance ou d'autres moyens de protection personnelle ou collective concernant la responsabilité professionnelle découlant de l'exercice de votre profession?⁴

Oui Non

Commentaires éventuels :

.....
.....
.....

¹ Veuillez indiquer l'intitulé de la profession dans la langue de l'Etat membre où vous êtes établi(e), ainsi que dans la langue de l'Etat membre d'accueil ou, subsidiairement, en anglais, français ou allemand.

² Dans le cas d'établissement multiple, veuillez compléter les informations correspondant à chacun des Etats membres d'établissement.

³ Dans le cas d'établissement multiple, veuillez compléter les informations correspondant à chacun des Etats membres d'établissement.

⁴ Dans le cas d'établissement multiple, veuillez compléter les informations correspondant à chacun des Etats membres d'établissement.

5 - CONNAISSANCES LINGUISTIQUES

Indiquez votre niveau de connaissance de la manière suivante :

0 = pas de notions	1 = élémentaire, scolaire	2 = connaissance pratique suffisante
3 = approfondie	4 = excellente	

Langue maternelle	
-------------------	--

Langue	Expression orale	Expression écrite	Lecture	Compréhension
luxembourgeoise				
française				
allemande				
Autre(s)				

6 - HONORABILITE PROFESSIONNELLE

Est-ce que vous faites l'objet d'une suspension ou d'une interdiction d'exercice de la profession en raison d'une faute professionnelle ou d'une infraction pénale ?

Oui Non

Si Oui, expliquez :

.....
.....
.....

Est-ce qu'une instance pouvant donner lieu à condamnation ou sanction disciplinaire ou pénale, est en cours à votre rencontre ?

Oui Non

Si Oui, expliquez :

.....
.....
.....

7 - AUTRES OBSERVATIONS

.....
.....
.....
.....
.....

Par la présente j'affirme sur l'honneur que les informations fournies sont sincères, véritables et complètes.

(Lieu)

le _____
(Date)

(Signature)



DOCUMENTS A JOINDRE A LA DEMANDE DE RENOUVELLEMENT DE L'AUTORISATION D'EXERCER

la profession de pharmacien au Grand-Duché de Luxembourg

FR

- copie du passeport ou copie de la carte d'identité
- extrait du casier judiciaire (en original et moins de 3 mois de date)
- attestation de bonne santé physique et mentale, établie par un médecin luxembourgeois ou étranger agréé (en original et moins de 3 mois de date)
- certificat d'honorabilité et de moralité délivré par l'Ordre des pharmaciens (en original et moins de 3 mois de date)
- curriculum vitae

DE

- Kopie des Reisepasses oder Kopie des Personalausweises
- Polizeiliches Führungszeugnis vom Bundesamt für Justiz (Original und darf nicht älter als 3 Monate sein)
- Ärztliches Attest (Original und darf nicht älter als 3 Monate sein)
- Nachweis der Zuverlässigkeit und Würdigkeit für die Ausübung des Apothekerberufs (Unbedenklichkeitsbescheinigung), ausgestellt von einer Apothekerkammer (Original und darf nicht älter als 3 Monate sein)
- Lebenslauf

ENG

- Copy of the passport or copy of the identity card
- Certificate of good conduct (original document and must not be older than 3 month)
- Medical certificate (original document and must not be older than 3 month)
- Certificate of good standing by Pharmaceutical Council (original document and must not be older than 3 month)
- Curriculum vitae

DEMANDE A ENVOYER A L'ADRESSE

MINISTERE DE LA SANTE

Département Professionnels de la Santé

1, rue Charles Darwin

L-1433 LUXEMBOURG