|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| FR volledige versie | |  | | | |
| DG Inspection - division Industrie Avenue Galilée 5/03 1210 BRUXELLES www.afmps.be | | | |
|  | | Formulaire 65 | |
|  |  | |  | |

DEMANDE D’INSCRIPTION À LA LISTE DES PERSONNES QUALIFIÉES (QPHum)

**(article 84 de l’arrêté royal du 14 décembre 2006**

**relatif aux médicaments à usage humain et vétérinaire)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL | | | | |
| Nom |  | | | |
| Prénom(s) |  | | | |
| Numéro de registre national(format : xx.xx.xx-xxx.xx) |  | | | |
| Adresse |  | | | |
| Pays |  | | | |
|  | Privé | | Activité professionnelle | |
| Numéro de téléphone |  | |  | |
| Numéro de GSM |  | |  | |
| E-mail |  | | | |
| Sexe *(biffer la mention inutile)* | Homme | Femme | | X |
| Carte d’identité | *Joindre une copie* | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| DIPLÔME(S) *(joindre une copie)* | |
| Diplôme de pharmacien ou master en sciences pharmaceutiques, certificat ou attestation d’équivalence | |
| Titre officiel du diplôme, du certificat ou de l’attestation |  |
| Délivré par |  |
| Délivré le |  |
| Langue du diplôme, du certificat ou de l’attestation |  |
| **Durée théorique** du cycle | année(s) |

|  |  |
| --- | --- |
| Diplôme de pharmacien d’industrie ou de master en pharmacie d’industrie | |
| Titre officiel du diplôme, du certificat ou de l’attestation |  |
| Délivré par |  |
| Délivré le |  |
| Langue du diplôme, du certificat ou de l’attestation |  |
| **Durée théorique** du cycle | année(s) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Autre(s) diplôme(s) | | |
| Titre officiel du diplôme, du certificat ou de l’attestation |  | |
| Délivré par |  | |
| Délivré le |  | |
| Langue du diplôme, du certificat ou de l’attestation |  | |
| **Durée théorique** du cycle | année(s) | |
| Preuve de l’enseignement théorique et pratique portant sur les matières de base visées à l’article 84, § 2 | | *Joindre une copie* |

\* médecin ou master en médecine, vétérinaire ou master en médecine vétérinaire, chimiste ou master en sciences chimiques, biologiste ou master en sciences biologiques, bio-médecin ou master en sciences biomédicales

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| PREUVE DE L’EXPÉRIENCE PRATIQUE | | |
| Firme(s) autorisée(s) à fabriquer des médicaments à usage humain | | |
| * Nom |  | |
| * Adresse |  | |
| * Code postal |  | |
| * Ville |  | |
| * Pays |  | |
| * Période | du | au |
| * Identité de la personne qualifiée qui délivre l’attestation (QP/QPHum) |  | |
| * Attestation de stage | *Joindre l’original de l’attestation de stage* | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Firme(s) autorisée(s) à fabriquer des médicaments à usage vétérinaire | | |
| * Nom |  | |
| * Adresse |  | |
| * Code postal |  | |
| * Ville |  | |
| * Pays |  | |
| * Période | du | au |
| * Identité de la personne qualifiée qui délivre l’attestation (QP/QPVet) |  | |
| * Attestation de stage | *Joindre l’original de l’attestation de stage* | |

|  |  |
| --- | --- |
| Fonction actuelle |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Remarques |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Date | Signature |
|  |  |