|  |  |
| --- | --- |
| FR volledige versie |  |
| DG Inspection - division IndustrieAvenue Galilée 5/031210 BRUXELLESwww.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 |
|  |  |