

**FORMULAIRE DE DEMANDE - ATTESTATION DE CONFORMITE A LA
DIRECTIVE EUROPEENNE 2005/36/CE RELATIVE A LA
RECONNAISSANCE DES QUALIFICATIONS PROFESSIONNELLES**

PROFESSION : PHARMACIEN

MINISTÈRE DE LA FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES

Administration générale de l'Enseignement (AGE)
Direction générale de l'Enseignement non obligatoire
et de la Recherche scientifique (DGENORS)
Direction de l'agrément des prestataires de soins de santé
Cellule professions des soins de santé universitaire
Rue Adolphe Lavallée, 1- 1080 Bruxelles
Centre de Contact : 02/690.89.40 – agreementsante@cfwb.be

Nom, prénom:		Date de naissance:
adresse de correspondance (obligatoire): Rue, n°: Localité: Code postal		Téléphone: Email:
Profession :		
Pays de destination pour le(s)quel(s) l'appliquant introduit la demande :		
Date et signature		

1. Je demande une attestation de conformité pour mon titre de Pharmacien
2. Veuillez préciser la langue dans laquelle je souhaite recevoir mon attestation de conformité

- Français
 Anglais

3. Veuillez indiquer le pays pour lequel vous demandez une attestation de conformité :

.....

4. Veuillez joindre au présent formulaire les documents suivants :

1. Copie de votre pièce d'identité ;
2. Copie de votre diplôme de Pharmacien ;

Le présent formulaire et les pièces justificatives sont à renvoyer par voie postale à l'adresse suivante :

MINISTÈRE DE LA FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES

Administration générale de l'Enseignement (AGE)
Direction générale de l'Enseignement non obligatoire
et de la Recherche scientifique (DGENORS)
Direction de l'agrément des prestataires de soins de santé
Cellule des professions des soins de santé universitaire
Rue Adolphe Lavallée, 1- 1080 Bruxelles
Bâtiment « Les Ateliers » - 5^e étage - Bureau 5F503

Pour plus de rapidité de traitement de votre demande, nous vous invitons à envoyer votre demande par e-mail à l'adresse suivante agreementsante@cfwb.be.