

Le soussigné pharmacien .....  
(nom, prénoms)

ayant sa résidence principale à :

.....(rue et n°)

..... (code postal et commune)

..... (province ou région Bruxelles-Capitale)

titulaire, adjoint, remplaçant de l'officine ouverte au public

..... (dénomination)

..... (numéro d'immatriculation attribué par le Ministère de la Santé Publique)

située à :

.....(rue et n°)

..... (code postal et commune)

..... (province ou région de Bruxelles-Capitale)

agissant - pour son propre compte (1)

- comme pharmacien gérant (1)

- comme pharmacien-adjoint (1)

- comme pharmacien-remplaçant (1)

déclare avoir pris connaissance des clauses et dispositions de la présente convention et de son avenant et s'engage à les respecter.

Il (elle) accepte (n'accepte pas) le système du tiers payant (1)

Fait à ..... (lieu et date)

Le pharmacien  
(signature)

Le soussigné (2) : - propriétaire (1)

- agissant au nom de la société qu'il représente en sa qualité de .....(1)

déclare avoir pris connaissance de l'adhésion du pharmacien gérant, adjoint ou remplaçant (1) à la convention.

Fait à .....

(lieu et date)

-----

(1) Biffer les mentions inutiles

(2) Ne remplir que si le pharmacien est gérant, adjoint ou remplaçant.