



Je soussigné,	
Nom *	
Prénom *	
Pharmacien titulaire d'une officine ouverte au public,	
Sous la dénomination suivante *	
Adresse de l'officine *	
Numéro APB de l'officine *	
Numéro INAMI du titulaire *	Numéro de bandagisterie *
Numéro d'entreprise (N° TVA) *	Raison sociale (SA, SPRL IPP,...) *
Numéro de Téléphone *	Numéro de fax
Numéro de GSM *	E-mail *
DECLARE ADHERER A l'Office de Tarification de l'Union Royale Pharmaceutique de Charleroi Aeropole - Rue Auguste Piccard 6 à Gosselies	
A PARTIR DU : *	

* mentions obligatoires

M'ENGAGE :

1. A confier à cet Office de Tarification les opérations de tarification de toutes les prestations pharmaceutiques que j'ai fournies suivant le système de paiement direct par les Organismes Assureurs, pour le compte de l'Assurance Soins de Santé obligatoire, conformément aux prescriptions résultant de mon adhésion à la Convention Nationale conclue par la Commission Permanente Organismes Assureurs / Corps Pharmaceutique.
2. A ne pas confier la tarification et la facturation de ces prestations pharmaceutiques à un autre Office de Tarification avant la fin d'une année civile et de subordonner le retrait de mon adhésion à un préavis de quatre mois, notifié par lettre recommandée avant le 1er Septembre.

Il est cependant entendu que la présente adhésion prendra fin sans préavis, sur notification par lettre recommandée, si je cesse d'être titulaire de la Pharmacie dont question ci-avant.

Je désigne l'Office de Tarification précité comme mon représentant et mon mandataire, conformément à l'article 8 de la convention nationale dont question ci-dessus.

Date,

Signature,

