

Démarche : Fichier PS : Installation "pharmacien"  
Organisme : Caisse Primaire d'Assurance Maladie - Pôle Professionnels de santé

## Identité du demandeur

Email	<input type="text"/>
Civilité	<input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>

## Formulaire

Ce formulaire en ligne permet aux pharmaciens ou pharmaciennes de transmettre les informations obligatoires accompagnées de leurs justificatifs pour une nouvelle installation dans la Manche.

### Identification

**Votre nom****Votre prénom****Votre numéro RPPS**

Numéro composé de 11 caractères

**Votre numéro de sécurité sociale****Dans quel département souhaitez-vous vous installer ?**

Indiquez le numéro du département

**Votre adresse professionnelle**

Merci d'indiquer votre adresse professionnelle si vous avez connaissance de votre lieu d'implantation

# Fichier PS : Installation "pharmacien"

Votre adresse personnelle

Votre adresse email

Votre numéro de téléphone

## Pièces justificatives à fournir

**Pièce justificative à joindre en complément du dossier**

Le formulaire d'adhésion à la convention transmis par le conseil de l'ordre

**Pièce justificative à joindre en complément du dossier**

Le formulaire de demande de carte CPE transmis par le conseil de l'ordre

**Pièce justificative à joindre en complément du dossier**

Votre RIB/IBAN professionnel

## Précisions sur votre projet d'installation

Vos précisions

## Engagement

**En cochant cette case, je certifie conforme les saisies et je signe ma déclaration.**

Cochez la mention applicable

Oui

Non

**Fait à :**

Indiquez la commune

**Le :**

Format jj/mm/aaaa