



**New Brunswick
College of Pharmacists**

**Ordre des pharmaciens
du Nouveau-Brunswick**

*Governing the practice of pharmacy for
a healthier New Brunswick*

*Régir l'exercice de la pharmacie pour un
Nouveau-Brunswick en meilleure santé*

PHARMACIE DE TRAITEMENT CENTRALISÉ

FORMULAIRE D'AVIS D'ENTENTE

Intention de faire appel à la préparation centralisée d'ordonnances

Un exemplaire du présent avis d'entente doit être déposé auprès de l'Ordre. Il est **obligatoire** de déposer un nouvel avis d'entente lorsqu'un ou des renseignements fournis ci-dessous changent.

Date de l'avis : _____

CETTE ENTENTE A ÉTÉ CONCLUE ENTRE :

Pharmacie requérante	Pharmacie de traitement centralisé
Nom de la pharmacie :	Nom de la pharmacie :
Numéro du certificat d'exploitation de l'OPNB :	Numéro du certificat d'exploitation de l'OPNB :
Adresse de la pharmacie :	Adresse de la pharmacie :
Nº de téléphone de la pharmacie :	Nº de téléphone de la pharmacie :
Adresse courriel de la pharmacie :	Adresse courriel de la pharmacie :
Date proposée de début du traitement centralisé des ordonnances :	Date proposée de début du traitement centralisé des ordonnances :
Nom du gérant/de la gérante de la pharmacie :	Nom du gérant/de la gérante de la pharmacie :
Nº de licence du gérant/de la gérante de la pharmacie :	Nº de licence du gérant/de la gérante de la pharmacie :
J'atteste qu'il existe une entente par écrit entre les pharmacies nommées ci-dessus, que je comprends quelles responsabilités en découlent et que je me conformerai à la Directive professionnelle de l'OPNB sur le Traitement centralisé des ordonnances de médicaments (exécution centrale)	
x	x
Signature : Gérant.e de la pharmacie requérante	Signature : Gérant.e de la pharmacie de traitement centralisé
Date :	Date :

Le formulaire dûment rempli doit être déposé à registrations@nbpharmacists.ca

686 BOUL. ST GEORGE BLVD., SUITE 200, MONCTON, N.B. E1E 2C6
MONCTON, NB, E1E 2C6

WWW.NBPHARMACISTS.CA WWW.PHARMACIENSNB.CA