



## FORMULAIRE D'INSCRIPTION DES GROSSISTES

### Section 1 Coordonnées

Numéro de Licence d'établissement de produits pharmaceutiques (LEPP) de Santé Canada : .....  
 s/o

Nom de l'entreprise \* : .....

Adresse d'affaires principale \* : .....

Ville \* : ..... Province \* : ..... Code postal \* : .....

Pays \* : ..... Numéro de télécopieur \* : .....

Adresse courriel \* : .....

#### Président\*

Prénom : ..... Nom de famille : .....

L'adresse du président est-elle la même que l'adresse d'affaires principale ci-dessus?  Oui  Non

Sinon veuillez fournir son adresse :

Adresse : .....

Ville : ..... Province : ..... Code postal : .....

Pays : .....

*(\*Ces renseignements serviront de coordonnées principales pour les communications de l'Ordre des pharmaciens du N.-B. Veuillez indiquer si d'autres points de contact sont préférables.)*

#### Administrateurs de l'entreprise (pour espace supplémentaire, voir page 3)

Prénom : ..... Nom de famille : .....

L'adresse du président est-elle la même que l'adresse d'affaires principale ci-dessus?  Oui  Non

Sinon veuillez fournir son adresse :

Adresse : .....

Ville : ..... Province : ..... Code postal : .....

Pays : .....

**Section 2 Adresse de chaque établissement d'affaires, agent ou représentant au Nouveau-Brunswick ou qui dessert le Nouveau-Brunswick (pour espace supplémentaire, voir page 4)**

Nous n'avons pas d'établissement d'affaires au Nouveau-Brunswick

Nom de l'entreprise : .....

Numéro de Licence d'établissement de produits pharmaceutiques (LEPP) de Santé Canada : .....

s/o

Adresse : .....

Ville : ..... Province : ..... Code postal : .....

**Représentant responsable de chaque établissement d'affaires au Nouveau-Brunswick ou qui dessert le Nouveau-Brunswick**

Prénom : ..... Nom de famille : .....

Numéro(s) de téléphone..... Numéro de télécopieur \* : .....

Adresse courriel : .....

**Section 3 Attestations**

J'atteste que:

- je comprends les dispositions sur l'inscription des grossistes contenues dans la [Loi sur l'Ordre des pharmaciens du Nouveau-Brunswick](#) et son [Règlement](#), en particulier à l'article 15.4 a) du [Règlement](#) qui interdit de faire le commerce ou le transfert de gros d'un médicament à accès limité avec une personne ou une entité qui n'est pas inscrite à l'Ordre comme grossiste ou comme pharmacie;
- j'aviserai l'Ordre des pharmaciens du Nouveau-Brunswick dans un délai de sept jours de tout changement du représentant responsable de tout établissement d'affaires énuméré dans la présente
- je renouvellerai mon inscription à tous les ans avant le 31 décembre conformément à l'article 16.1 du [Règlement](#)
- j'ai lu et compris [l'énoncé de politique sur la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements d'inscription par l'Ordre des pharmaciens du Nouveau-Brunswick](#)

**Le paiement des frais doit accompagner le formulaire d'inscription. Consulter le barème des droits sur notre site web pour connaître les frais qui s'appliquent.** Les cartes MasterCard et Visa sont les formes de paiement acceptées.

Numéro de carte de crédit : ..... Date d'expiration (mm/aa) : .....

Code à trois chiffres au dos de la carte : .....

Nom du requérant : .....

Signature du requérant : ..... Date: .....

**Administrateurs de l'entreprise**

*\*Copiez cette page et ajoutez-en au besoin.*

Prénom : ..... Nom de famille : .....

L'adresse du président est-elle la même que l'adresse d'affaires principale ci-dessus?  Oui  Non  
Sinon veuillez fournir son adresse :

Adresse : .....

Ville : ..... Province : ..... Code postal : .....

Pays : .....

Prénom : ..... Nom de famille : .....

L'adresse du président est-elle la même que l'adresse d'affaires principale ci-dessus?  Oui  Non  
Sinon veuillez fournir son adresse :

Adresse : .....

Ville : ..... Province : ..... Code postal : .....

Pays : .....

Prénom : ..... Nom de famille : .....

L'adresse du président est-elle la même que l'adresse d'affaires principale ci-dessus?  Oui  Non  
Sinon veuillez fournir son adresse :

Adresse : .....

Ville : ..... Province : ..... Code postal : .....

Pays : .....

Prénom : ..... Nom de famille : .....

L'adresse du président est-elle la même que l'adresse d'affaires principale ci-dessus?  Oui  Non  
Sinon veuillez fournir son adresse :

Adresse : .....

Ville : ..... Province : ..... Code postal : .....

Pays : .....

Prénom : ..... Nom de famille : .....

L'adresse du président est-elle la même que l'adresse d'affaires principale ci-dessus?  Oui  Non  
Sinon veuillez fournir son adresse :

Adresse : .....

Ville : ..... Province : ..... Code postal : .....

Pays : .....

*\*Copiez cette page et ajoutez-en au besoin.*

**\*\*Adresse de chaque établissement d'affaire, agent ou représentant au Nouveau-Brunswick où des médicaments sont manipulés :**

Nom de l'entreprise : .....

Numéro de Licence d'établissement de produits pharmaceutiques (LEPP)  s/o

de Santé Canada : .....

Adresse : .....

Ville : ..... Province : ..... Code postal : .....

**Représentant responsable**

Prénom : ..... Nom de famille : .....

Numéro(s) de téléphone..... Numéro de télécopieur : .....

Adresse courriel : .....

Nom de l'entreprise : .....

Numéro de Licence d'établissement de produits pharmaceutiques (LEPP)  s/o

de Santé Canada : .....

Adresse : .....

Ville : ..... Province : ..... Code postal : .....

**Représentant responsable**

Prénom : ..... Nom de famille : .....

Numéro(s) de téléphone..... Numéro de télécopieur : .....

Adresse courriel : .....

Nom de l'entreprise : .....

Numéro de Licence d'établissement de produits pharmaceutiques (LEPP)  s/o

de Santé Canada : .....

Adresse : .....

Ville : ..... Province : ..... Code postal : .....

**Représentant responsable**

Prénom : ..... Nom de famille : .....

Numéro(s) de téléphone..... Numéro de télécopieur : .....

Adresse courriel : .....