|  |  |
| --- | --- |
| FR volledige versie |  |
| DG Inspection - division IndustrieAvenue Galilée 5/031210 BRUXELLESwww.afmps.be |
|  | Formulaire 65 bis |
|  |  |  |

DEMANDE D’INSCRIPTION À LA LISTE DES PERSONNES QUALIFIÉES (QPVet)

**(Article 97, alinéas 2 et 3 du Règlement (UE) 2019/6 du Parlement européen et du Conseil du 11 décembre 2018 relatif aux médicaments vétérinaires et abrogeant la directive 2001/82/CE)**

|  |
| --- |
| DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL |
| Nom  |  |
| Prénom(s)  |  |
| Numéro de registre rational(format : xx.xx.xx-xxx.xx) |  |
| Adresse |  |
| Pays |  |
|  | Privé | Activité professionnelle |
| Numéro de téléphone |  |  |
| Numéro de GSM |  |  |
| E-mail  |  |
| Sexe *(biffer la mention inutile)* | Homme | Femme | X |
| Carte d’identité  | *Joindre une copie* |

|  |
| --- |
| DIPLÔME(S)\* (joindre une copie) |
| Titre officiel du diplôme, du certificat ou de l’attestation |  |
| Délivré par  |  |
| Délivré le |  |
| Langue du diplôme, du certificat ou de l’attestation  |  |
| **Durée théorique** du cycle |  année(s) |

\* Pharmacien ou master en sciences pharmaceutiques, médecin ou master en médecine, vétérinaire ou master en médecine vétérinaire, chimiste ou master en sciences chimiques, chimie et technologie pharmaceutiques, master en sciences biologiques.

|  |
| --- |
| PREUVE DE L’EXPÉRIENCE PRATIQUE |
| Firme(s) autorisée(s) à fabriquer des médicaments à usage vétérinaire |
| * Nom
 |  |
| * Adresse
 |  |
| * Code postal
 |  |
| * Ville
 |  |
| * Pays
 |  |
| * Période
 | du  | au  |
| * Identité de la personne qualifiée qui délivre l’attestation (QP/QPVet)
 |  |
| * Attestation de stage
 | *Joindre l’original de l’attestation de stage* |

|  |  |
| --- | --- |
| Fonction actuelle |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Remarques   |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Date | Signature |
|  |  |