**Formulaire de demande d’autorisation d’exercer en clientèle privé**

|  |
| --- |
| **Identification du pharmacien demandeur :** |
| **Nom:**  **Prénom(s) :**  **Adresse :**  **Email :**  **Numéro téléphone** : |
| **Nationalité :**  Béninoise  Ressortissant de l’UEMOA  Autres (à préciser) |
| **Informations relatives au diplôme**  Diplôme d’État  Diplôme équivalent  Autres (à préciser) |
| **Fait à :** |
| **Date :** |
| **Signature:** |