**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:** |