

**CONSEIL NATIONAL  
DE L'ORDRE DES PHARMACIENS**

Hay Riad - Secteur 10 N° 6 - Rabat  
Maison du Pharmacien  
B.P. 1374 R.P.  
Téléphone : 03 7 71 33 14  
Fax : 03 7 71 19 04

**الجلس الوطني لهيئة الصياولة**

حي الرياض، قسيمة 10 رقم 6 - الرباط  
دار الصيدلي  
ص.ب. 1374 R.P.  
الهاتف : 03 7 71 33 14  
فاكس : 03 7 71 19 04

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION D'EXERCER**

**Nom :**

**Prénom :**

**Date de naissance :**

**Lieu et pays de naissance :**

**Nationalité :**

**Sexe :**

**Situation familiale :**

**Nom et prénom du père :**

**Nom et prénom de la mère :**

**Adresse :**

**Téléphone :**

**E-mail :**

**Faculté :**

**Date d'obtention du diplôme de pharmacien :**

**Exercice antérieur :**

**Pays d'obtention du diplôme de pharmacien :**

**Date d'obtention de l'équivalence du diplôme de pharmacien :**

**Exercice antérieur :**

**Signature légalisée de l'intéressé (e)**