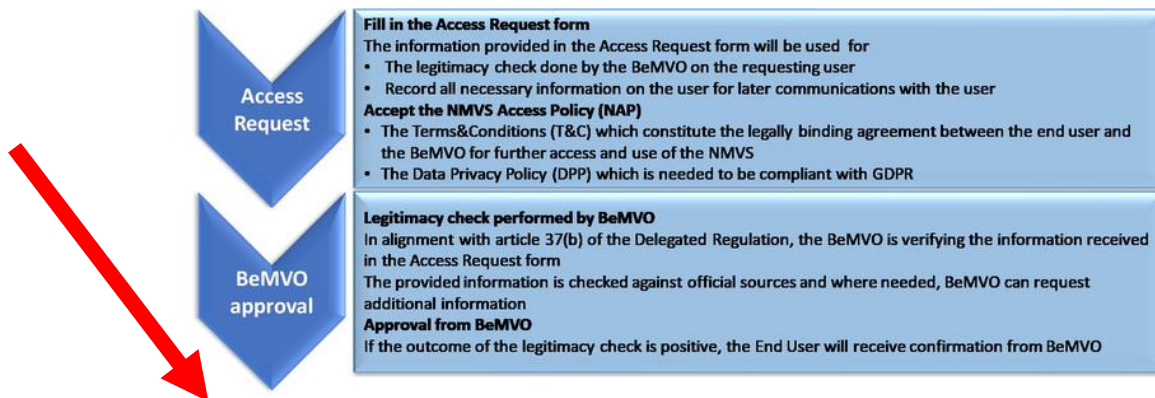


# Enregistrement auprès de la BeMVO – Compléter le formulaire de demande d'accès

## CONTRACTUEL SUR L'EMBARQUEMENT PAR LES UTILISATEURS FINAUX

L'embarquement contractuel est l'une des deux étapes principales du processus permettant à l'utilisateur final de recevoir l'approbation de BeMVO pour accéder au Système national de vérification des médicaments.



## FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCÈS

L'accès au formulaire se trouve 

L'adresse de cette page sur laquelle figure le lien vers le **formulaire de demande d'accès** est : <https://bemvo.be/fr/start/distribution-stakeholders/contractuel-sur-lembarkement-par-les-utilisateurs-finaux/>

## NE COMPLETER QUE LES RUBRIQUES SOUS ASTERISQUE\*

### PAGE 1 : Your organisation

1 Your organisation 2 End User location 3 Software details 4 Acceptance NAP

#### Your organisation:

##### Organisation name \*

The organisation responsible for the End User location.

##### Organisation Address \*

Street Address

Address Line 2

City

ZIP / Postal Code

Country

Belgium



##### Organisation type \*

Please select from the dropdown list your type of organisation.

Pharmacy



##### KBO-BCE/RCS Number \*

Please fill in your organisation registration number.

**Nom de votre pharmacie Ex. :**

Pharmacie DUPONT SPRL

**Adresse de votre pharmacie : Ex. :**

Rue de la Station 12

**Localité :**

Liège 4000

**N° TVA précédé du 0**

BE0XXX.XXX.XXXX

**PAGE 1 : Your organisation (suite)**

<p><b>Organisation responsible</b> Responsible person who can legally represent the End User organisation or who has received aut</p> <p><b>Name *</b></p> <p>First <input type="text"/> Last <input type="text"/></p> <p><b>Role within the organisation *</b></p> <p><input type="text"/></p> <p><b>Phone</b></p> <p><input type="text"/></p> <p><b>Email address: *</b></p> <p><input type="text"/></p> <p><b>NEXT</b></p>	<p><b>Nom du responsable :</b> le titulaire Antoine DUPONT</p> <p>Titulaire</p> <p><b>Votre adresse courriel :</b> DUPONT@BELGACOM.NET</p>
---	--

**PAGE 2 : End User location**

<p><b>End User location</b></p> <p><b>Location name *</b></p> <p><input type="text"/></p> <p><b>Location address *</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Same as organisation</p> <p><b>Location Registration ID *</b> <small>FAGG/AFMPS, RIZIV/INAMI, EUDRA-GMDP-WDA ID</small></p> <p><input type="text"/></p> <p><b>Main Contact Person *</b></p> <p>First <input type="text"/> Last <input type="text"/></p> <p><b>Main Contact Role *</b></p> <p>Please describe the role the contact has.</p> <p><input type="text"/></p> <p><b>Main Contact Phone</b></p> <p><input type="text"/></p> <p><b>Main Contact Email *</b></p> <p><input type="text"/></p>	<p><b>Nom de l'emplacement :</b> Pharmacie DUPONT</p> <p>Cocher « Same as organisation »</p> <p>Sauf si vous êtes en société et que son adresse diffère du nom de votre pharmacie.</p> <p><b>Votre N° APB :</b> XXX XXX</p> <p><b>Nom du Titulaire responsable :</b> Antoine DUPONT</p> <p>Titulaire Responsable</p> <p><b>Votre adresse courriel :</b> DUPONT@BELGACOM.NET</p>
--	---

**PAGE 3 : Software details**

**Software Supplier Company \***

If your software is internally developed, please enter "internal"

**Software used \***

Please provide the name of the software used in this location.

**Software version. \***

Please provide the version of software used.

**IT Contact Information**

---

**Internal IT contact**

**Name**

First  Last

**Phone**

**Email**

**Nom de la société de votre software** EX. CORILUS, ou, OFFICINALL, ou SABCO ou NEXTPHARM....

**Nom de votre software :**  
 OFFICINALL : officinall - CORILUS : Greenock  
 SABCO : Sabco New, Sabco Ultimate – Etc.

**N° de version de votre soft**



**Attention:** si vous n'indiquez pas ces données, vous devrez, par la suite, faire vous-même la procédure de login au système de la BeMVO et renouveler votre mot de passe tous les 60 jours. En complétant ces données, vous permettez à votre maison de soft de régler pour vous cette question de l'accès au système (et les problèmes éventuels qui pourraient survenir à l'avenir). Nous vous conseillons donc vivement de le faire !

**PAGE 4 : Acceptance NAP**

4 Acceptance NAP

**Acceptance of NVMS Access Policy (NAP)**

The End User Representative, i.e. the responsible person who can legally represent the to accept this Access Policy, such as defined in the Terms & Conditions, hereby confirm

- He/she has provided correct information in the Access Request Form
- He/she will inform BeMVO of any change regarding the information provided in the
  - Change in contact details
  - Change in software
  - End of activity
- He/she confirms that the contact details of the persons provided in the Access Request Form are correct and relevant for the implementation and operation of the Verification System
- He/she confirms that the main contact person or representative person of the End User at the first connection to the Verification System as well as any future person through the Verification System
- He/she agrees to inform all relevant persons within his End User organisation who are affected by the applicability of this NVMS Access Policy and their responsibilities in this regard
- He/she agrees to inform any new person who becomes the responsible person of the End User, the new owner of the End User organisation or the End User's location, or any other person who becomes applicable to this agreement. The terms of the NVMS Access Policy continue to be applicable to the End User's location
- He/she agrees with the Terms & Conditions, in name of the End User
- He/she agrees with the Data Privacy Policy, in his/her personal name and in name of the End User

**Confirmation of the agreement. \***

ACCEPT

---

Cocher ACCEPT