

Démarche : ARSIF - Déclaration de cessation définitive d'activité d'une officine de pharmacie

Organisme : Département Politique du médicament et de la démarche qualité et pertinence

## Identité du demandeur

Email

Civilité

Nom

Prénom

## Formulaire

Le présent formulaire vous permet de saisir l'Agence régionale de santé d'Île-de-France d'une déclaration de cessation définitive d'activité d'une officine de pharmacie, en application de l'article L.5125-22 du code de la santé publique.

Cette démarche ne concerne que les pharmacies situées dans la région Île-de-France.  
Pour les pharmacies situées en dehors de l'Île-de-France, il convient de se rapprocher de l'Agence régionale de santé de la région concernée.

Texte de référence : article L.5125-22 du code de la santé publique.

### Identité du/des demandeur(s)

**NOM et Prénom du/des pharmacien(s) titulaire(s) ou gérant**

**La pharmacie est-elle exploitée par une société ?**

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

**Forme juridique de la société exploitant la pharmacie**

Veuillez renseigner la forme sociale (EURL, SARL, SEL...) de la société telle qu'elle apparait dans les statuts et sur le Kbis de la société

## ARSIF - Déclaration de cessation définitive d'activité d'une officine de pharmacie

### Raison sociale de la société exploitant la pharmacie

Veuillez renseigner la raison sociale (dénomination sociale) de la société telle qu'elle apparait dans les statuts et sur le Kbis.

### Nom du représentant légal de la société exploitant la pharmacie

Veuillez renseigner les noms et prénoms du représentant légal, tel que désigné dans les statuts.

### La société est-elle inscrite au tableau de l'Ordre des pharmaciens ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

## Coordonnées de contact du déclarant

### Numéro de téléphone de la pharmacie ou du pharmacien demandeur

Merci d'indiquer à quel numéro de téléphone vous pouvez être contacté(e) par l'ARS en cas de besoin

### Courrier électronique de contact

Merci d'indiquer l'adresse électronique à laquelle vous pouvez être contacté(e) par l'ARS en cas de besoin (si différente de l'adresse électronique utilisée à la création du compte démarches-simplifiées)

## Adresse postale du pharmacien pour la notification de l'arrêté

### Notification de l'arrêté : adresse du pharmacien demandeur

#### Nom, Prénom/Raison sociale du destinataire

Veillez indiquer l'identité (nom, prénom ou raison sociale) du destinataire du courrier à laquelle vous souhaitez que l'Agence régionale de santé notifie l'arrêté.

### Département

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

☐ 75 - PARIS

☐ 77 - SEINE ET MARNE

☐ 78 - YVELINES

☐ 91 - ESSONNE

☐ 92 - HAUTS DE SEINE

☐ 93 - SEINE SAINT DENIS

☐ 94 - VAL DE MARNE

☐ 95 - VAL D'OISE

### N° et nom de la voie

## ARSIF - Déclaration de cessation définitive d'activité d'une officine de pharmacie

**Complément d'adresse**

**Code postal**

**Nom de la commune**

**Nom, Prénom/Raison sociale du destinataire**

Veuillez indiquer l'identité (nom, prénom ou raison sociale) du destinataire du courrier à laquelle vous souhaitez que l'Agence régionale de santé notifie l'arrêté.

**Département**

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

☐ 75 - PARIS

☐ 77 - SEINE ET MARNE

☐ 78 - YVELINES

☐ 91 - ESSONNE

☐ 92 - HAUTS DE SEINE

☐ 93 - SEINE SAINT DENIS

☐ 94 - VAL DE MARNE

☐ 95 - VAL D'OISE

**N° et nom de la voie**

**Complément d'adresse**

**Code postal**

**Nom de la commune**

**Nom, Prénom/Raison sociale du destinataire**

Veuillez indiquer l'identité (nom, prénom ou raison sociale) du destinataire du courrier à laquelle vous souhaitez que l'Agence régionale de santé notifie l'arrêté.

**Département**

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

☐ 75 - PARIS

☐ 77 - SEINE ET MARNE

☐

## ARSIF - Déclaration de cessation définitive d'activité d'une officine de pharmacie

☐ 91 - ESSONNE

☐ 92 - HAUTS DE SEINE

☐ 93 - SEINE SAINT DENIS

☐ 94 - VAL DE MARNE

☐ 95 - VAL D'OISE

N° et nom de la voie

Complément d'adresse

Code postal

Nom de la commune

## Adresse de la pharmacie déclarant la cessation d'activité

Département

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ 75 - PARIS

☐ 77 - SEINE ET MARNE

☐ 78 - YVELINES

☐ 91 - ESSONNE

☐ 92 - HAUTS DE SEINE

☐ 93 - SEINE SAINT DENIS

☐ 94 - VAL DE MARNE

☐ 95 - VAL D OISE

N° et nom de la voie

Complément d'adresse

Code postal

Commune

## Informations et pièces à fournir concernant la cessation d'activité

# ARSIF - Déclaration de cessation définitive d'activité d'une officine de pharmacie

## Date de fermeture définitive de l'officine

## Motif de la cessation définitive d'activité de votre officine

Veuillez préciser pour quel motif votre officine ferme.

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ Suite à un départ à la retraite et/ou faute de repreneur
- ☐ Suite à une opération de restructuration du réseau officinal
- ☐ Suite à une clôture de liquidation judiciaire
- ☐ Faute de repreneur suite à une fin d'autorisation de gérance après décès
- ☐ Autre

Si autre motif, veuillez préciser l'objet de la cessation définitive d'activité.

## Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- ☐ Courrier de déclaration signé

Signé par tous les pharmaciens titulaires de l'officine précisant la date retenue pour la fermeture définitive de l'officine

Formats recommandés : PDF/A ou PDF 1.7 (.pdf)

## Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- ☐ Licence de la pharmacie

Pour le cas où le pharmacien ne serait plus en possession de cette licence , fournir une attestation sur l'honneur en ce sens

Formats recommandés : PDF/A ou PDF 1.7 (.pdf)

## Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- ☐ Votre fermeture est à la suite d'une opération de restructuration du réseau : courrier de l'ARS

Si la fermeture de votre officine fait suite à une opération de restructuration du réseau officinal ayant donné lieu à l'indemnisation de la cessation définitive de votre activité, veuillez joindre l'avis préalable de l'ARS rendu dans ce cadre.