

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

Organisme : Département Pharmacie et Biologie

Identité du demandeur

| | |
|----------|----------------------|
| Email | <input type="text"/> |
| Civilité | <input type="text"/> |
| Nom | <input type="text"/> |
| Prénom | <input type="text"/> |

Formulaire

Le présent formulaire vous permet de saisir l'Agence Régionale de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur 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 Provence-Alpes-Côte d'Azur. Pour les pharmacies situées en dehors de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, 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 et raison sociale de la société exploitant la pharmacie, le cas échéant

Veuillez renseigner la forme sociale (EURL, SARL, SEL...) et la raison sociale de la société telles qu'elles apparaissent dans les statuts et sur le Kbis de la société

Déclaration de cessation définitive d'activité d'une officine de pharmacie

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 de notification de l'arrêté

Veuillez indiquer l'adresse postale à laquelle vous souhaitez que l'arrêté constatant la fermeture définitive de votre officine vous soit adressé, si différente de celle de votre officine.

Adresse de la pharmacie déclarant la cessation

Département

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ 04 - Alpes-de-Haute-Provence

☐ 05 - Hautes-Alpes

☐ 06 - Alpes-Maritimes

☐ 13 - Bouches-du-Rhône

☐ 83 - Var

☐ 84 - Vaucluse

N° et nom de la voie

Complément d'adresse

Code postal

Commune

Informations et pièces à fournir concernant la cessation

Date de fermeture définitive de l'officine

Déclaration de cessation définitive d'activité d'une officine de pharmacie

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

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

Autorisation spécifique

Précisez si l'officine dispose d'une autorisation spécifique (commerce électronique de médicaments , sous-traitance , préparation pouvant présenter un risque pour la santé)

NB : la cessation définitive de l'officine entraine la cessation de ses différentes activités spécifiques, et la fermeture de son site internet de vente de médicaments le cas échéant.

Registre des stupéfiants

Indiquer la date à laquelle est envisagée la remise du registre des stupéfiants à l'ARS conformément à l'article R.5132-37 du code de la santé publique

Autres registres

Préciser le devenir des autres registres
(ordonnanciers , registre des préparations, registre des médicaments dérivés du sang) pour leur durée de conservation obligatoire