

Démarche : Déclaration de modification des locaux d'une officine en Auvergne-Rhône-Alpes.

Organisme : ARS ARA - pôle pharmacie biologie de la Direction de l'offre de soins

## Identité du demandeur

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

## Formulaire

Procédure dématérialisée de déclaration de modification des locaux d'une officine en Auvergne - Rhône - Alpes.

Quels sont les délais d'instruction pour cette démarche ?

Selon nos estimations, à partir des délais d'instruction constatés sur 90% des demandes qui ont été traitées lors des 30 derniers jours, les délais d'instruction sont les suivants

• Dans le meilleur des cas, le délai d'instruction est : 15 jours

• Le délai d'instruction est d'environ : 2 mois.

Après avoir complété cette démarche, vous recevrez des e-mails qui émanent de l'adresse « démarches simplifiées » et qui peuvent arriver dans vos spams.

### Coordonnées de l'interlocuteur

Cette démarche concerne les demandes de création, de transfert ou de renouvellement d'autorisation d'une pharmacie à usage intérieur (PUI) ne réalisant pas d'activité à risque ainsi que les modifications substantielles de cette autorisation.

Sont considérées comme substantielles les modifications suivantes :

- la desserte d'un nouveau site par une PUI ;

- l'exercice d'une nouvelle mission ou activité par la PUI ou pour le compte d'une autre PUI

### Département

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ 01

☐ 03

☐ 07

☐ 15

☐ 26

☐ 38

☐ 42

## Déclaration de modification des locaux d'une officine en Auvergne-Rhône-Alpes.

☐ 43

☐ 63

☐ 69

☐ 73

☐ 74

N° de téléphone de l'interlocuteur :

### Coordonnées du titulaire

Coordonnées du/des titulaire(s)

Civilité :

☐ Mme

☐ M.

Nom du titulaire :

Prénom du titulaire :

Mail titulaire :

Numéro de téléphone

Civilité :

☐ Mme

☐ M.

Nom du titulaire :

Prénom du titulaire :

Mail titulaire :

Numéro de téléphone

Civilité :

☐ Mme

☐

# Déclaration de modification des locaux d'une officine en Auvergne-Rhône-Alpes.

Nom du titulaire :

Prénom du titulaire :

Mail titulaire :

Numéro de téléphone

code postal

Commune

Adresse (voie, lieu dit, bâtiment.....)

## Modification envisagée

Nature de la modification envisagée :

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ Agrandissement de la surface du local
- ☐ Modification de l'aménagement du local
- ☐ Déplacement de l'officine sans changement d'adresse
- ☐ Ajout d'un local de stockage
- ☐ Suppression d'un local de stockage

Adresse du local de stockage supprimé

Date de suppression du local de stockage

**Je déclare que ce site de stockage annexe n'est pas accessible au public, ne comporte pas de signalisation, ni de vitrine extérieure.**

Cochez la mention applicable

- ☐ Oui
- ☐ Non

**Je déclare que ce site de stockage annexe ne communique pas directement avec un autre local**

Cochez la mention applicable

- ☐ Oui
- ☐ Non

## Déclaration de modification des locaux d'une officine en Auvergne-Rhône-Alpes.

**Je déclare que ce site de stockage annexe est équipé pour maîtriser la température et l'hygrométrie des produits de santé stockés.**

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

### Commentaires éventuels

### Adresse du local de stockage

### Date prévisionnelle de déplacement dans les nouveaux locaux

### Date de début prévisionnelle des travaux

### Date de fin prévisionnelle des travaux

## Organisation le temps des travaux :

### Maintien de l'officine ouverte

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

**Merci d'informer l'ordre et les syndicats en cas de fermeture de l'officine.**

### Date de fermeture de l'officine :

### Utilisation d'un local temporaire ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

### Nature du local temporaire ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ modulaire

☐ local "en dur"

### Adresse du local provisoire

# Déclaration de modification des locaux d'une officine en Auvergne-Rhône-Alpes.

## Distance entre les deux emplacements

## Description des garanties de sécurité (alarme)

## Durée prévisionnelle d'hébergement

## PIECES JUSTIFICATIVES

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ 1.Motivation du demandeur

### Effectuez-vous la démarche pour le compte d'un tiers?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ 2.Mandat de représentation

### 3.1 Plan coté officine avant travaux

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ 3.2Plan coté de l'officine après travaux / déménagement

Il est possible de joindre plusieurs pièces.

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ 4.Formulaire conditions minimales d'installation de l'officine

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ 5.Plan côté du local temporaire

Il est possible de joindre plusieurs pièces.

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ 6.Formulaire conditions minimales d'installation du local temporaire

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ 7.Plan de secteur du quartier d'implantation de l'officine

Plan mis à l'échelle, faisant apparaître : la délimitation proposée du quartier d'implantation de l'officine et sa définition au sens de l'article L5125-3-1 (nom des voies, limites naturelles...), l'emplacement exact du local de l'officine et l'emplacement du ou des locaux de stockage.

**Déclaration de modification des locaux d'une officine en Auvergne-Rhône-Alpes.**

**Pièce justificative à joindre en complément du dossier**

- ☐ 8. Tout document de nature à justifier que le futur local est conforme aux règles concernant les établissements recevant du public (L.164-1 à L. 164-3 du code de la construction et de l'habitation)

**Pièce justificative à joindre en complément du dossier**

- ☐ 9. Document justifiant que le pharmacien / la société dispose de droits sur les locaux

**Pièce justificative à joindre en complément du dossier**

- ☐ 10. Plan côté du local de stockage annexe