

Démarche : Déclaration de cessation d'une activité de réalisation de préparations pouvant présenter un risque pour la santé

Organisme : Département Accès aux soins primaires

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 déclarer à l'Agence régionale de santé Pays de la Loire la cessation d'une activité de réalisation de préparations pouvant présenter un risque pour la santé.

Cette démarche ne concerne que les officines de pharmacie et pharmacies mutualistes implantées dans la région Pays de la Loire.

Pour les pharmacies situées dans une autre région, il convient de se rapprocher de l'Agence régionale de santé concernée.

Texte de référence : Article R.5125-33-1 du code de la santé publique

Identité du déclarant

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

Veuillez renseigner les nom et prénom de l'ensemble des pharmaciens titulaires ou du pharmacien gérant

La pharmacie est-elle exploitée par une société ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Forme juridique et raison sociale de la société, le cas échéant

Mentionnez la forme juridique (SNC, SELARL...) et la raison sociale telles qu'elles apparaissent dans les statuts et sur le Kbis de la société, le cas échéant.

Adresse de la pharmacie

Département

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ 44 - Loire-Atlantique

☐ 49 - Maine-et-Loire

☐ 53 - Mayenne

☐ 72 - Sarthe

☐ 85 - Vendée

N° et nom de la voie

Complément d'adresse

Code postal

Commune

Coordonnées de contact de la pharmacie

Numéro de téléphone de la pharmacie ou du pharmacien

Veuillez indiquer un numéro de téléphone auquel vous pouvez être contacté(e) par l'ARS si nécessaire.

Courrier électronique de contact

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

Déclaration

Date de l'arrêt de l'activité de réalisation de préparations pouvant présenter un risque pour la santé

Merci d'indiquer la date à laquelle vous avez cessé ou comptez cesser l'activité de réalisation de préparations pouvant présenter un risque pour la santé

Observations éventuelles

Vous pouvez apporter toute précision que vous estimeriez utile à l'ARS.