

Démarche : Demande d'autorisation pour la gérance d'une officine de pharmacie après décès de son titulaire

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 saisir l'Agence régionale de santé Pays de la Loire d'une demande d'autorisation visant à faire gérer une officine de pharmacie après décès de son titulaire, en application de l'article L.5125-16 du code de la santé publique.

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

Texte de référence : articles L.5125-8, L.5125-16, R4235-51 et R5125-43 du code de la santé publique

Identité du/des demandeur(s)

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

Veuillez renseigner les noms et prénoms de l'ensemble des pharmaciens titulaires de l'officine

NOM et Prénom du pharmacien titulaire décédé

Si l'officine est gérée par plusieurs pharmaciens co-titulaires, veuillez préciser les nom et prénom du pharmacien titulaire qui est décédé

La pharmacie est-elle exploitée par une société ?

Demande d'autorisation pour la gérance d'une officine de pharmacie après décès de son titulaire

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 telles qu'elles apparaissent dans les statuts et sur le Kbis de la société

Coordonnées de contact du demandeur

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 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

Informations et pièces à fournir concernant le pharmacien titulaire décédé

Date du décès

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐

Information et pièces à fournir concernant le pharmacien qui reprend la gérance de l'officine

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Attestation d'inscription au tableau de l'ordre compétent

Format recommandé au tableau de la section D de l'ordre compétent : PDF/A ou PDF 1.7 (.pdf)

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Contrat de travail

Fournir le contrat de travail ou autre document par lequel les ayants-droits du pharmacien titulaire décédé désignent le pharmacien gérant de l'officine de pharmacie concernée