

Démarche : Déclaration de renouvellement de la durée de remplacement du titulaire d'une officine de pharmacie

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 de renouvellement de la durée maximale de remplacement du titulaire d'une officine de pharmacie, 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 : article L.5125-16 (3ème alinéa) du code de la santé publique

Identité du/des demandeur(s)

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

NOM et Prénom du pharmacien titulaire ou gérant concernés par le renouvellement

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 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

Information et pièces à fournir concernant le pharmacien remplaçant

Nom et prénom du pharmacien remplaçant

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

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

Format recommandé : PDF/A ou PDF 1.7 (.pdf)

Pièces à fournir concernant la justification du renouvellement

Nom et prénom du pharmacien titulaire absent

Déclaration de renouvellement de la durée de remplacement du titulaire d'une officine de pharm

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Certificat médical ou arrêt de travail

Fournir un document justifiant que l'état de santé du pharmacien titulaire nécessite un renouvellement de sa durée de remplacement