

Démarche : ARS-ARA-Restructuration du Réseau Officinal (RRO)  
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 relative à une restructuration du réseau officinal (RRO) en Auvergne - Rhône - Alpes (article L.5125-5-1 du code de la santé publique).

Cette démarche s'effectue en deux temps :

- Emission d'un avis à réception de l'ensemble des pièces
- Transmission de l'arrêté de fermeture de l'officine à réception de la confirmation de cession

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

## Identité du demandeur

Civilité

Mme

M.

Nom

Prénom

Adresse électronique

**Etes-vous un mandataire ?**

Cochez la mention applicable

Oui

Non

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

Mandat de représentation

**Précisez votre qualité :**

(Titulaire cédant, co-titulaire cédant, titulaire acquéreur, représentant de telle société, etc)

## Description de l'opération de restructuration du réseau officinal

**Motivation du/des demandeurs**

**Date prévisionnelle de fermeture**

## Coordonnées du/des pharmacien(s) titulaire(s) cédant(s)

**Coordonnées du titulaire cédant**

Civilité

Mme

M.

**Nom du titulaire cédant**

**Prénom du titulaire cédant**

**Adresse mail du titulaire cédant**

**Numéro de téléphone du titulaire cédant**

Civilité

Mme

M.

**Nom du titulaire cédant**

**Prénom du titulaire cédant**

**Adresse mail du titulaire cédant**

# ARS-ARA-Restructuration du Réseau Officinal (RRO)

Numéro de téléphone du titulaire cédant

Civilité

Mme

M.

Nom du titulaire cédant

Prénom du titulaire cédant

Adresse mail du titulaire cédant

Numéro de téléphone du titulaire cédant

Département d'implantation de l'officine à céder

Adresse actuelle de l'officine à céder (numéro, voie, lieu dit...)

code postal

Commune

Nombre d'offices dans la commune après fermeture

## Coordonnées du(des pharmacien(s) titulaire(s) acquéreur(s)

Coordonnées du titulaire acquéreur

Civilité

Mme

M.

Nom du titulaire acquéreur

Prénom du titulaire acquéreur

Adresse électronique du titulaire acquéreur

# ARS-ARA-Restructuration du Réseau Officinal (RRO)

Numéro de téléphone du titulaire acquéreur

Dénomination de l'officine

Adresse de l'officine

adresse de l'officine

Code postal

Commune

Civilité

Mme

M.

Nom du titulaire acquéreur

Prénom du titulaire acquéreur

Adresse électronique du titulaire acquéreur

Numéro de téléphone du titulaire acquéreur

Dénomination de l'officine

Adresse de l'officine

adresse de l'officine

Code postal

# ARS-ARA-Restructuration du Réseau Officinal (RRO)

Commune

Civilité

Mme

M.

Nom du titulaire acquéreur

Prénom du titulaire acquéreur

Adresse électronique du titulaire acquéreur

Numéro de téléphone du titulaire acquéreur

Dénomination de l'officine

Adresse de l'officine

adresse de l'officine

Code postal

Commune

## Conséquences sur l'approvisionnement en médicaments de la population résidente

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

Document mentionnant les distances par voie piétonnière entre l'officine à céder et les officines environnantes

Merci de décrire les modalités d'accès aux officines environnantes pour la population : distance par voie piétonnière et accessibilité par transport en commun le cas échéant

**Les officines environnantes sont-elles toutes accessibles via des aménagements piétonniers continus ?**

Par aménagements piétonniers sont entendus les trottoirs et passages piétons

Cochez la mention applicable

Oui

Précisez :

**Les officines environnantes sont-elles accessibles par mode de transport motorisé selon le décret n°2018-671 du 30 juillet 2018 ?**

Merci de préciser la ligne de transport concernée le cas échéant

Cochez la mention applicable

Oui

Non

Précisez :

**Les officines environnantes disposent-elles de stationnements ?**

Cochez la mention applicable

Oui

Non

## Engagements

**Veuillez lire la notice ci-jointe avant de prendre les engagements suivants**

**Le(s) titulaire(s) cédant(s) s'engage(nt) à ne pas céder la licence de l'officine indépendamment du fonds de commerce.**

Cochez la mention applicable

Oui

Non

**Le(s) titulaire(s) cédant(s) s'engage(nt) à respecter la réglementation sur le devenir des registres et des stocks de médicaments.**

Cochez la mention applicable

Oui

Non

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

Facultatif : acte ou projet d'acte de cession exempt de toute donnée à caractère personnel ou commercial.