Démarche : ARS CENTRE-VAL DE LOIRE Demande d'autorisation de regroupement d'officines de pharmacie : Direction de l'offre sanitaire - Unité sécurité sanitaire des activités Organisme pharmaceutiques et biologiques Identité du demandeur **Email** Civilité Nom Prénom **Formulaire** Le présent formulaire vous permet de saisir l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire d'une demande d'autorisation de regroupement de pharmacies, en application de l'article R.5125-1 du code de la santé publique. Cette démarche ne concerne que les regroupements s'effectuant au sein ou vers une commune située dans la région Centre-Val de Loire. Pour un regroupement vers une commune d'accueil située en dehors de la région Centre-Val de Loire, il convient de se rapprocher de l'Agence régionale de santé de la région concernée. Textes de référence : - Article L.5125-3 et suivants du code de la santé publique - Article R.5125-1 du code de la santé publique - Arrêté du 30 juillet 2018 fixant la liste des pièces justificatives accompagnant toute demande de création, de transfert ou de regroupement d'officines de pharmacie Identité du/des demandeur(s)

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

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

Lettre de demande co-signée par tous les pharmaciens titulaires des officines à regrouper

Veuillez renseigner les noms et prénoms de l'ensemble des pharmaciens titulaires des officines à regrouper

La demande doit être signée par tous les pharmaciens titulaires / associés en exercice dans les sociétés au moment du dépôt du dossier, même si un ou plusieurs d'entre eux n'envisagent pas de poursuivre leur activité professionnelle dans l'officine regroupée à l'issue de l'opération.

Format recommandé: pdf

ARS CENTRE-VAL DE LOIRE Demande d'autorisation de regroupement d'officines de pharmacie
Attestation d'inscription au tableau de l'Ordre compétent Pièce justificative à joindre en complément du dossier Attestation d'inscription titulaire
Format recommandé : pdf
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Attestation d'inscription titulaire
Format recommandé : pdf
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Attestation d'inscription titulaire
Format recommandé : pdf
Au moins une des officines à regrouper est-elle actuellement exploitée par une société ? Cochez la mention applicable Oui
Non
Si oui, informations juridiques sur la ou les sociétés exploitant les officines actuelles Forme juridique de la société exploitant l'officine Veuillez renseigner la forme sociale (EURL,SARL,SELAS) telle qu'elle apparaît dans les statuts et sur le KBIS de la société
Raison sociale de la société exploitant l'officine
Nom du représentant légal de la société exploitant l'officine Veuillez renseigner les noms et prénoms du représentant légal, tel que désigné dans les statuts
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Extrait Kbis datant de moins de 3 mois
Format recommandé : pdf
La société est-elle inscrite au tableau de l'ordre des pharmaciens ? Cochez la mention applicable Oui
□ Non
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Si oui, attestation d'inscription de la société au tableau de l'ordre des pharmaciens
Forme juridique de la société exploitant l'officine Veuillez renseigner la forme sociale (EURL,SARL,SELAS) telle qu'elle apparaît dans les statuts et sur le KBIS de la société

ARS CENTRE-VAL DE LOIRE Demande d'autorisation de regroupement d'officines de phar Raison sociale de la société exploitant l'officine
Nom du représentant légal de la société exploitant l'officine
Veuillez renseigner les noms et prénoms du représentant légal, tel que désigné dans les statuts
Pièce justificative à joindre en complément du dossier ☐ Extrait Kbis datant de moins de 3 mois
Format recommandé : pdf
La société est-elle inscrite au tableau de l'ordre des pharmaciens ? Cochez la mention applicable Oui
□ Non
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Si oui, attestation d'inscription de la société au tableau de l'ordre des pharmaciens
Forme juridique de la société exploitant l'officine Veuillez renseigner la forme sociale (EURL,SARL,SELAS) telle qu'elle apparaît dans les statuts et sur le KBIS de la société
Raison sociale de la société exploitant l'officine
Nom du représentant légal de la société exploitant l'officine Veuillez renseigner les noms et prénoms du représentant légal, tel que désigné dans les statuts
Pièce justificative à joindre en complément du dossier ☐ Extrait Kbis datant de moins de 3 mois
Format recommandé : pdf
La société est-elle inscrite au tableau de l'ordre des pharmaciens ? Cochez la mention applicable Oui
□ Non
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Si oui, attestation d'inscription de la société au tableau de l'ordre des pharmaciens
Coordonnées professionnelles de contact du demandeur
Numéro de téléphone de la pharmacie ou du pharmacien demandeur Merci d'indiquer à quel numéro de téléphone professionnel vous pouvez être contacté par l'ARS en cas de besoin

Merci d'indiquer l'adresse électronique professionnelle à laquelle vous pouvez être contacté par l'ARS en cas de besoin (si différente de l'adresse électronique utilisée à la création du compte Démarches Simplifiées)

Adresses actuell	les des officines de pharmacie à regrouper	
Adresses actuelles des ph	narmacies à regrouper	
Département d'origine Sélectionner le départem	nent dans la liste déroulante	
Cochez la mention applic 18 - Cher	cable, une seule valeur possible	
28 - Eure-et-Loir		
36 - Indre		
37 - Indre-et-Loire		
41 - Loir-et-Cher		
45 - Loiret		
N° et nom de la voie		
Complément d'adresse		
Code postal de la commu	une d'origine	
Nom de la commune d'or	rigine	
Nom de la commune d'or	rigine	
Département d'origine	rigine nent dans la liste déroulante	
Département d'origine Sélectionner le départem		
Département d'origine Sélectionner le départem Cochez la mention applic	nent dans la liste déroulante	
Département d'origine Sélectionner le départem Cochez la mention applic ☐ 18 - Cher	nent dans la liste déroulante	
Département d'origine Sélectionner le départem Cochez la mention applic 18 - Cher 28 - Eure-et-Loir	nent dans la liste déroulante	
Département d'origine Sélectionner le départem Cochez la mention applic 18 - Cher 28 - Eure-et-Loir 36 - Indre	nent dans la liste déroulante	
Département d'origine Sélectionner le départem Cochez la mention applic 18 - Cher 28 - Eure-et-Loir 36 - Indre 37 - Indre-et-Loire	nent dans la liste déroulante	
Cochez la mention applic 18 - Cher 28 - Eure-et-Loir 36 - Indre 37 - Indre-et-Loire 41 - Loir-et-Cher	nent dans la liste déroulante	

RS CENTRE-VAL DE LOIRE Demande d'autorisation de regroupemer	it a officines de pharma
ode postal de la commune d'origine	
om de la commune d'origine	
épartement d'origine lectionner le département dans la liste déroulante	
ochez la mention applicable, une seule valeur possible 18 - Cher	
28 - Eure-et-Loir	
36 - Indre	
37 - Indre-et-Loire	
41 - Loir-et-Cher	
45 - Loiret	
et nom de la voie	
omplément d'adresse	
ode postal de la commune d'origine	
om de la commune d'origine	
nformations concernant l'implantation actuelle des officin avant regroupement) formations concernant l'implantation actuelle des officines de pharmacie (avant regroupe combre d'habitants recensés dans la commune d'origine de l'officine à regrouper	·
pulation municipale issue du recensement en vigueur au 1er janvier de l'année N	
élimitation du quartier actuel d'implantation de l'officine entionner aux 4 points cardinaux les voies, limites naturelles ou infrastructures délimitant le efficine est actuellement implantée.	e quartier dans lequel
ombre d'habitants recensés dans la commune d'origine de l'officine à regrouper opulation municipale issue du recensement en vigueur au 1er janvier de l'année N	

Délimitation du quartier actuel d'implantation de l'officine Mentionner aux 4 points cardinaux les voies, limites naturelles ou infrastructures délimitant le quartier dans leque l'officine est actuellement implantée.
Nombre d'habitants recensés dans la commune d'origine de l'officine à regrouper Population municipale issue du recensement en vigueur au 1er janvier de l'année N
Délimitation du quartier actuel d'implantation de l'officine Mentionner aux 4 points cardinaux les voies, limites naturelles ou infrastructures délimitant le quartier dans leque l'officine est actuellement implantée.
Distance entre l'emplacement actuel de l'officine et les officines environnantes
Distance Nom de la pharmacie la plus proche et distance en mètre
Distance Nom de la pharmacie la plus proche et distance en mètre
Distance Nom de la pharmacie la plus proche et distance en mètre
Source des données pour le calcul des distances susmentionnées Précisez l'outil utilisé pour le calcul des distances (ex : GoogleMaps, ViaMichelin, Mappy, etc.)
Adresse du local proposé pour le regroupement
Le regroupement s'effectue-t-il au sein de l'emplacement de l'une des officines à regrouper ? Cochez la mention applicable Oui
□ Non
Département d'accueil Sélectionner le département dans la liste déroulante
Cochez la mention applicable, une seule valeur possible 18 - Cher

ARS CENTRE-VAL DE LOIRE Demande d'autorisation de regroupement d'officir	nes de pharmacie
☐ 36 - Indre	
37 - Indre-et-Loire	
41 - Loir-et-Cher	
45 - Loiret	
N° et nom de la voie	
Complément d'adresse	1
Code postal de la commune d'accueil	1
Nom de la commune d'accueil	1
Gestion de l'officine de pharmacie (après regroupement)	
La future officine, à son emplacement après le regroupement, sera-t-elle exploitée par une société ? Cochez la mention applicable Oui	
Non	
Si oui Forme juridique de la société qui exploitera l'officine regroupée	_
Raison sociale de la société qui exploitera l'officine regroupée	1
Forme juridique de la société qui exploitera l'officine regroupée	1
Raison sociale de la société qui exploitera l'officine regroupée	1
Forme juridique de la société qui exploitera l'officine regroupée	1
Raison sociale de la société qui exploitera l'officine regroupée	1
Si non Pièce justificative à joindre en complément du dossier Projet de statuts ou les statuts signés	

Dans les cas où il est envisagé d'exploiter l'officine regroupée sous la forme d'une société non encore constituée ou en formation à la date du dépôt de la demande. Format recommandé : pdf

Pièce justificative à joindre en complément du dossier
Projet de statuts ou les statuts signés
Dans les cas où il est envisagé d'exploiter l'officine regroupée sous la forme d'une société non encore constituée ou en formation à la date du dépôt de la demande. Format recommandé : pdf
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Projet de statuts ou les statuts signés
Dans les cas où il est envisagé d'exploiter l'officine regroupée sous la forme d'une société non encore constituée ou en formation à la date du dépôt de la demande. Format recommandé : pdf
Informations concernant la future implantation de l'officine (après regroupement)
Nombre d'habitants recensés dans la commune d'accueil des officines à regrouper
Population municipale issue du recensement en vigueur au 1er janvier de l'année N
Le regroupement s'effectue t-il au sein d'un des quartiers d'origine Cochez la mention applicable Oui
□ Non
Si non, délimitation du quartier d'accueil des officines à regrouper Si le regroupement s'effectue vers un autre quartier, mentionnez aux 4 points cardinaux les voies, limites naturelles ou
infrastructures délimitant le quartier vers lequel les officines seront regroupées
Distance entre le futur emplacement du regroupement des officines et les officines environnantes
Distance entre le futur emplacement du regroupement des officines et les officines environnantes
Distance entre le futur emplacement du regroupement des officines et les officines environnantes Distance
Distance entre le futur emplacement du regroupement des officines et les officines environnantes Distance
Distance Distance Distance Distance Distance Distance
Distance Distance Distance Distance Distance Distance
Distance entre le futur emplacement du regroupement des officines et les officines environnantes Distance Distance Distance Source des données pour le calcul des distances susmentionnées
Distance entre le futur emplacement du regroupement des officines et les officines environnantes Distance Distance Distance Distance Source des données pour le calcul des distances susmentionnées Précisez l'outil utilisé pour le calcul des distances (ex : GoogleMaps, ViaMichelin, Mappy, etc.)
Distance entre le futur emplacement du regroupement des officines et les officines environnantes Distance Distance Distance Source des données pour le calcul des distances susmentionnées

ARS CENTRE-VAL DE LOIRE Demande d'autorisation de regroupement d'officines de pharmacie
□ Non
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Si oui, liste des permis de construire accordés pour des logements collectifs et/ou individuels
Cette liste doit être établie par les services de l'urbanisme de la commune d'accueil de l'officine regroupée.
Le bâtiment dans lequel se situe le local de regroupement des officines est-il déjà existant ? Cochez la mention applicable Oui
□ Non
Si local existant
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Permis de construire ou décision de non-opposition ou attestation sur l'honneur
Selon la situation, il faudra fournir : - si l'aménagement du local implique une demande de permis de construire ou une déclaration de travaux au titre du code de l'urbanisme : le permis de construire exprès ou tacite ou de la décision de non-opposition à la déclaration de travaux délivré par la mairie - si la demande d'autorisation n'implique ni une demande de permis de construire ni une déclaration de travaux au titre du code de l'urbanisme : une attestation sur l'honneur datée et signée par tous les demandeurs précisant que les travaux envisagés ne sont soumis ni à autorisation ni à déclaration Format recommandé : pdf
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Permis de changemement de destination du local pour un usage commercial
A fournir uniquement si le local du regroupement est situé dans un bâtiment existant nécessitant un changement de destination (ex : transformation d'un local d'habitation en local commercial)
Format recommandé : pdf
Si local à construire
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Permis de construire du bâtiment
Format recommandé : pdf
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Plan(s) fourni(s) à l'appui de la demande de permis de construire
Format recommandé : pdf
Pièces justificatives concernant le local de regroupement
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Tout document établissant que le(s) pharmacien(s) ou la société seront propriétaires ou locataires du local au moment de l'octoi de la licence et justifiant que ce local est destiné à un usage commercial
Les documents fournis doivent renseigner l'adresse géographique du local ou, à défaut, le numéro de cadastre du lot. Les documents fournis ne doivent pas être soumis à des conditions suspensives ou résolutoires de nature à compromettre les droits sur le local du/des pharmacien(s) ou de la société à l'issue du délai d'instruction de 4 mois. NB : le bénéficiaire du document fourni doit être le pharmacien demandeur en son nom propre ou la société qui

ARS CENTRE-VAL DE LOIRE Demande d'autorisation de regroupement d'officines de pharmacie Format recommandé: Pdf Pièce justificative à joindre en complément du dossier Pièce concernant l'accessibilité du local aux personnes à mobilité réduite ou handicapées Tout document attestant que le local est conforme aux dispositions de l'article L.164-1 à L.164-3 du code de la construction et de l'habitation Plan de masse Pièce justificative à joindre en complément du dossier Plan de masse du bâtiment Le plan de masse doit permettre de situer le nouveau local dans son environnement immédiat Taille recommandée pour une bonne lisibilité : format A3 Format recommandé : pdf Pièce justificative à joindre en complément du dossier Plan de masse du bâtiment Le plan de masse doit permettre de situer le nouveau local dans son environnement immédiat Taille recommandée pour une bonne lisibilité : format A3 Format recommandé: pdf Pièce justificative à joindre en complément du dossier ☐ Plan de masse du bâtiment Le plan de masse doit permettre de situer le nouveau local dans son environnement immédiat Taille recommandée pour une bonne lisibilité : format A3 Format recommandé: pdf Aménagement intérieur de l'officine Pièce justificative à joindre en complément du dossier 🏻 Plan coté de l'officine mentionnant la superficie globale des locaux et celle de chaque pièce, y compris du local de stockage le cas échéant Le plan doit être lisible et doit faire figurer les cotations d'architecte. Le plan doit faire figurer l'aménagement, l'agencement et l'équipement intérieur de l'officine. Taille recommandée pour une bonne lisibilité : format A3 Format recommandé: pdf Pièce justificative à joindre en complément du dossier Notice descriptive de l'aménagement intérieur du nouveau local La notice apportera toute précision utile concernant les superficies, l'aménagement, l'agencement et l'équipement intérieur de l'officine, afin de permettre de vérifier la conformité aux conditions minimales d'installation (articles R.5125-8 et R.5125-9 du code de la santé publique). Formats recommandés : pdf Pièce justificative à joindre en complément du dossier

Le plan doit être lisible et doit faire figurer les cotations d'architecte.

stockage le cas échéant

Le plan doit faire figurer l'aménagement, l'agencement et l'équipement intérieur de l'officine.

🏻 Plan coté de l'officine mentionnant la superficie globale des locaux et celle de chaque pièce, y compris du local de

Pièce justificative à joindre en complément du dossier Notice descriptive de l'aménagement intérieur du nouveau local La notice apportera toute précision utile concernant les superficies, l'aménagement, l'agencement et l'équipement intérieur de l'officine, afin de permettre de vérifier la conformité aux conditions minimales d'installation (articles R.5125-8 et R.5125-9 du code de la santé publique). Formats recommandés: pdf Pièce justificative à joindre en complément du dossier 🏻 Plan coté de l'officine mentionnant la superficie globale des locaux et celle de chaque pièce, y compris du local de stockage le cas échéant Le plan doit être lisible et doit faire figurer les cotations d'architecte. Le plan doit faire figurer l'aménagement, l'agencement et l'équipement intérieur de l'officine. Taille recommandée pour une bonne lisibilité : format A3 Format recommandé: pdf Pièce justificative à joindre en complément du dossier Notice descriptive de l'aménagement intérieur du nouveau local La notice apportera toute précision utile concernant les superficies, l'aménagement, l'agencement et l'équipement intérieur de l'officine, afin de permettre de vérifier la conformité aux conditions minimales d'installation (articles R.5125-8 et R.5125-9 du code de la santé publique). Formats recommandés : pdf Plan de situation des locaux d'origine et d'accueil du regroupement Pièce justificative à joindre en complément du dossier Un plan de secteur mis à l'échelle Le plan doit faire apparaitre : - la délimitation proposée des quartiers d'origine et d'accueil de l'officine - l'emplacement exact du local d'origine et du local d'accueil de l'officine - l'emplacement des locaux de stockage, le cas échéant - l'emplacement exact des officines environnantes - l'emplacement des projets immobiliers pour lesquels un permis de construire a été accordé, le cas échéant. Formats recommandés : pdf Pièce justificative à joindre en complément du dossier Un plan de secteur mis à l'échelle Le plan doit faire apparaitre : - la délimitation proposée des quartiers d'origine et d'accueil de l'officine - l'emplacement exact du local d'origine et du local d'accueil de l'officine - l'emplacement des locaux de stockage, le cas échéant - l'emplacement exact des officines environnantes - l'emplacement des projets immobiliers pour lesquels un permis de construire a été accordé, le cas échéant. Formats recommandés: pdf Pièce justificative à joindre en complément du dossier Un plan de secteur mis à l'échelle Le plan doit faire apparaitre : - la délimitation proposée des quartiers d'origine et d'accueil de l'officine

- l'emplacement exact du local d'origine et du local d'accueil de l'officine

- l'emplacement des locaux de stockage, le cas échéant

ARS CENTRE-VAL DE LOIRE Demande d'autorisation de regroupement d'officines de pharmacie

Format recommandé: pdf

ARS CENTRE-VAL DE LOIRE Demande d'autorisation de regroupement d'officines de pharmacie l'emplacement exact des officines environnantes

- l'emplacement des projets immobiliers pour lesquels un permis de construire a été accordé, le cas échéant.

Formats recommandés : pdf

Eléments complémentaires permettant de justifier que les conditions du code de la santé publique sont remplies

Eléments justifiant que le regroupement permettra une desserte en médicaments optimale au regard des besoins de la population résidente et du lieu d'implantation choisi

Exposez ici les éléments justifiant que l'accès à la nouvelle officine sera aisé ou facilité par sa visibilité, par des aménagements piétonniers, des stationnements, et le cas échéant, des dessertes par les transports en commun.
Si le regroupement s'effectue vers un autre quartier ou une autre commune, exposez ici les éléments permettant de justifier que la nouvelle officine approvisionnera la même population résidente ou une population résidente jusqu'ici non desservie ou une population résidente dont l'évolution démographique est avérée ou prévisible au regard des permis de construire délivrés pour des logements individuels ou collecti
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Document(s) démontrant l'accès aisé ou facilité par sa visibilité
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Document(s) démontrant l'accès aisé ou facilité par des aménagements pietonniers
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Document(s) démontrant que l'accès sera aisé ou facilité par des stationnements
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Document(s) démontrant que l'acces sera aisé ou facilité par des transports en commun
Eléments justifiant que le regroupement ne compromettra pas l'approvisionnement nécessaire en médicaments de la population résidente du quartier, de la commune ou des communes d'origine Exposez ici les éléments justifiant qu'il existe une officine au sein du quartier, de la commune ou de la commune limitrophe :
- qui dispose d'emplacements de stationnement - et qui est accessible au public soit par voie piétonnière soit par un mode de transport motorisé à usage collectif
NB: le mode de transport collectif doit permettre d'assurer au moins un trajet aller-retour quotidien les jours ouvrables (du lundi au samedi, hors jours fériés) entre le quartier / la commune et, soit le lieu d'implantation envisagé pour l'officine, soit une autre officine existante (qui doit être située dans les limites des communes limitrophes). Le transport collectif doit disposer d'un arrêt à proximité de cette officine.
Observations complémentaires éventuelles Vous pouvez ici expliciter la motivation de votre demande et apporter toutes précisions que vous estimeriez utiles à l'instruction de votre demande par l'Agence régionale de santé

Données de recensement en cas de regroupement vers une autre commune

Pièce justificative à joindre en complément du dossier Extrait du Journal Officiel de la République Française ayant publié le décret authentifiant les chiffres des populations, justifiant que les conditions démographiques sont remplies dans la commune d'accueil
Formats recommandés : pdf
A fournir uniquement si le regroupement de l'officine se fait vers une commune différente de la commune d'installation actuelle des officines à regrouper.
NB : en cas de fusions de plusieurs communes, la commune prise en compte est celle issue de la fusion (à compter de la date à laquelle cette fusion est effective)
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Impression de la page des données INSEE sur les populations légales pour la commune d'accueil de l'officine
Il peut s'agir d'un extrait de la base de données globales du recensement de la population.
Formats recommandés : pdf