

Démarche	: ARS CENTRE-VAL DE LOIRE Demande d'autorisation de regroupement d'officines de pharmacie
Organisme	: Direction de l'offre sanitaire - Unité sécurité sanitaire des activités pharmaceutiques et biologiques

## 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 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)

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

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

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

Lettre de demande co-signée par tous les 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

**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

**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

**Courrier électronique de contact**

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 actuelles des officines de pharmacie à regrouper

**Adresses actuelles des pharmacies à regrouper**

**Département d'origine**

Sélectionner le département dans la liste déroulante

Cochez 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

**N° et nom de la voie**

**Complément d'adresse**

**Code postal de la commune d'origine**

**Nom de la commune d'origine**

**Département d'origine**

Sélectionner le département dans la liste déroulante

Cochez 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

**N° et nom de la voie**

**Complément d'adresse**

**Code postal de la commune d'origine**

**Nom de la commune d'origine**

**Département d'origine**

Sélectionner le département dans la liste déroulante

Cochez 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

**N° et nom de la voie**

**Complément d'adresse**

**Code postal de la commune d'origine**

**Nom de la commune d'origine**

**Informations concernant l'implantation actuelle des officines de pharmacie (avant regroupement)**

**Informations concernant l'implantation actuelle des officines de pharmacie (avant regroupement)**

**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 lequel 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

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

## Délimitation du quartier actuel d'implantation de l'officine

Mentionner aux 4 points cardinaux les voies, limites naturelles ou infrastructures délimitant le quartier dans lequel 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 lequel 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

- 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 commune d'accueil**

**Nom de la commune d'accueil**

## **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**

**Forme juridique de la société qui exploitera l'officine regroupée**

**Raison sociale de la société qui exploitera l'officine regroupée**

**Forme juridique de la société qui exploitera l'officine regroupée**

**Raison sociale de la société qui exploitera l'officine regroupée**

**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**

**Distance**

**Source des données pour le calcul des distances susmentionnées**

Précisez l'outil utilisé pour le calcul des distances (ex : GoogleMaps, ViaMichelin, Mappy, etc.)

**Des permis de construire ont-ils été accordés par la mairie de la commune pour la construction de logements individuels ou collectifs au sein du quartier d'accueil des officines à regrouper ?**

Cochez la mention applicable

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 changement 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'octroi 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

**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**

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.

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

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

### 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 apparaître :

- 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 apparaître :

- 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 apparaître :

- 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**  
- 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 collectifs

#### **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 piétonniers

#### **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'accès sera aisement 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