

Démarche : ARSIF - Demande d'avis préalable à une opération de restructuration du réseau officinal (suite à rachat de clientèle)

Organisme : Département Politique du médicament et de la démarche qualité et pertinence

Identité du demandeur

Email

Civilité

Nom

Prénom

Formulaire

Le présent formulaire vous permet de saisir l'Agence régionale de santé Île-de-France d'une demande d'avis préalable à une opération de restructuration du réseau officinal donnant lieu à l'indemnisation de la cessation définitive d'activité d'une ou plusieurs officines de pharmacie, en application de l'article L.5125-5-1 du code de la santé publique.

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

Texte de référence : article L.5125-5-1 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 concernée.

La pharmacie devant fermer est-elle exploitée par une société ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Forme juridique de la société exploitant la pharmacie, le cas échéant

Veuillez renseigner la forme sociale (EURL, SARL, SEL...) telle qu'elle apparaît dans les statuts et sur le Kbis de la société.

ARSIF - Demande d'avis préalable à une opération de restructuration du réseau officinal (suite à l'avis de la commission)

Raison sociale de la société exploitant la pharmacie, le cas échéant

Veuillez renseigner la raison sociale (dénomination sociale) de la société telle qu'elle apparaît dans les statuts et sur le Kbis.

Nom du représentant légal de la société exploitant la pharmacie, le cas échéant

Veuillez renseigner les noms et prénoms du représentant légal, tel que désigné dans les statuts.

La société est-elle inscrite au tableau de l'Ordre des pharmaciens ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Coordonnées de contact du déclarant

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 postale du pharmacien pour la notification de l'avis

Notification de l'avis : adresse du pharmacien demandeur

Nom Prénom/Raison sociale du destinataire

Veuillez indiquer l'identité (nom, prénom ou raison sociale) du destinataire du courrier à laquelle vous souhaitez que l'avis préalable à l'opération envisagée de restructuration du réseau officinal soit adressé.

Département

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

☐ 75 - PARIS

☐ 77 - SEINE ET MARNE

☐ 78 - YVELINES

☐ 91 - ESSONNE

☐ 92 - HAUTS DE SEINE

☐ 93 - SEINE SAINT DENIS

☐ 94 - VAL DE MARNE

☐ 95 - VAL D'OISE

N° et nom de la voie

Complément d'adresse

Code postal

Nom de la commune

Nom Prénom/Raison sociale du destinataire

Veillez indiquer l'identité (nom, prénom ou raison sociale) du destinataire du courrier à laquelle vous souhaitez que l'avis préalable à l'opération envisagée de restructuration du réseau officinal soit adressé.

Département

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

☐ 75 - PARIS

☐ 77 - SEINE ET MARNE

☐ 78 - YVELINES

☐ 91 - ESSONNE

☐ 92 - HAUTS DE SEINE

☐ 93 - SEINE SAINT DENIS

☐ 94 - VAL DE MARNE

☐ 95 - VAL D'OISE

N° et nom de la voie

Complément d'adresse

Code postal

Nom de la commune

Nom Prénom/Raison sociale du destinataire

Veillez indiquer l'identité (nom, prénom ou raison sociale) du destinataire du courrier à laquelle vous souhaitez que l'avis préalable à l'opération envisagée de restructuration du réseau officinal soit adressé.

Département

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

☐ 75 - PARIS

☐ 77 - SEINE ET MARNE

☐

ARSIF - Demande d'avis préalable à une opération de restructuration du réseau officinal (suite à l

☐ 91 - ESSONNE

☐ 92 - HAUTS DE SEINE

☐ 93 - SEINE SAINT DENIS

☐ 94 - VAL DE MARNE

☐ 95 - VAL D'OISE

N° et nom de la voie

Complément d'adresse

Code postal

Nom de la commune

Adresse de la pharmacie dont la fermeture est envisagée

Numéro de licence de l'officine de pharmacie

Merci d'indiquer le numéro de la licence de votre officine de pharmacie.

Nom de l'officine de pharmacie

Merci d'indiquer le nom de l'officine de pharmacie si différent de la raison sociale.

Département

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ 75 - PARIS

☐ 77 - SEINE ET MARNE

☐ 78 - YVELINES

☐ 91 - ESSONNE

☐ 92 - HAUTS DE SEINE

☐ 93 - SEINE SAINT DENIS

☐ 94 - VAL DE MARNE

☐ 95 - VAL D OISE

N° et nom de la voie

Complément d'adresse

Code postal

Commune

Informations concernant l'opération de restructuration du réseau officinal

NOM et Prénom du pharmacien indemnisant la fermeture de l'officine

Nom et adresse de l'officine du pharmacien indemnisant la fermeture de l'officine

Description de l'opération envisagée

Veuillez décrire l'opération envisagée, et notamment préciser quel(s) confrère(s) indemniseront la fermeture de l'officine et pour quel montant.

Date prévisionnelle de fermeture de l'officine

Cette date est communiquée à titre indicatif : elle n'engage pas et peut être modifiée par la suite sans démarche particulière auprès de l'ARS.

Conditions d'approvisionnement en médicaments

Présenter les conditions dans lesquelles les habitants du quartier ou de la commune concernée pourront être approvisionnés en médicaments par les officines subsistantes : adresse des officines les plus proches, distance avec l'officine devant fermer, existence éventuelle de transports en commun, etc.

Pièces utiles à l'instruction de la demande d'avis

Veuillez fournir toute pièce permettant de faciliter la compréhension de l'opération envisagée par l'ARS.

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Lettre de déclaration de fermeture signée

Formats recommandés : PDF/A ou PDF 1.7 (.pdf)

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Projet ou acte de cession d'élément du fonds de commerce de l'officine devant fermer

Formats recommandés : PDF/A ou PDF 1.7 (.pdf)

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Carte du secteur

ARSIF - Demande d'avis préalable à une opération de restructuration du réseau officinal (suite à l'avis de la Commission)

Formats recommandés : PDF/A ou PDF 1.7 (.pdf)

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Autre document utile

Formats recommandés : PDF/A ou PDF 1.7 (.pdf)