

Démarche : ARSIF - Déclaration de cessation définitive d'activité d'une officine de pharmacie

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 d'Île-de-France d'une déclaration de cessation définitive d'activité d'une officine de pharmacie, en application de l'article L.5125-22 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.5125-22 du code de la santé publique.

Identité du/des demandeur(s)

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

La pharmacie est-elle exploitée par une société ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Forme juridique de la société exploitant la pharmacie

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

Raison sociale de la société exploitant la pharmacie

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

ARSIF - Déclaration de cessation définitive d'activité d'une officine de pharmacie

Kbis.

Nom du représentant légal de la société exploitant la pharmacie

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'arrêté

Notification de l'arrêté : 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'Agence régionale de santé notifie l'arrêté.

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

ARSIF - Déclaration de cessation définitive d'activité d'une officine de pharmacie

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'Agence régionale de santé notifie l'arrêté.

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'Agence régionale de santé notifie l'arrêté.

Département

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

☐ 75 - PARIS

☐ 77 - SEINE ET MARNE

☐ 78 - YVELINES

☐ 91 - ESSONNE

☐

ARSIF - Déclaration de cessation définitive d'activité d'une officine de pharmacie

☐ 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 déclarant la cessation d'activité

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 et pièces à fournir concernant la cessation d'activité

Date de fermeture définitive de l'officine

ARSIF - Déclaration de cessation définitive d'activité d'une officine de pharmacie

Motif de la cessation définitive d'activité de votre officine

Veillez préciser pour quel motif votre officine ferme.

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ Suite à un départ à la retraite et/ou faute de repreneur
- ☐ Suite à une opération de restructuration du réseau officinal
- ☐ Suite à une clôture de liquidation judiciaire
- ☐ Faute de repreneur suite à une fin d'autorisation de gérance après décès
- ☐ Autre

Si autre motif, veuillez préciser l'objet de la cessation définitive d'activité.

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- ☐ Courrier de déclaration signé

Signé par tous les pharmaciens titulaires de l'officine précisant la date retenue pour la fermeture définitive de l'officine

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

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- ☐ Licence de la pharmacie

Pour le cas où le pharmacien ne serait plus en possession de cette licence , fournir une attestation sur l'honneur en ce sens

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

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- ☐ Votre fermeture est à la suite d'une opération de restructuration du réseau : courrier de l'ARS

Si la fermeture de votre officine fait suite à une opération de restructuration du réseau officinal ayant donné lieu à l'indemnisation de la cessation définitive de votre activité, veuillez joindre l'avis préalable de l'ARS rendu dans ce cadre.