

Démarche : ARSIF - Déclaration de caducité de licence d'une officine de pharmacie uniquement suite à transfert ou regroupement

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 caducité d'une licence d'officine de pharmacie suite à transfert ou regroupement, 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(S) et Prénom(s) 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**

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

# ARSIF - Déclaration de caducité de licence d'une officine de pharmacie uniquement suite à trans

## Raison sociale de la société exploitant la pharmacie

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

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 la décision finale.

### 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

## ARSIF - Déclaration de caducité de licence d'une officine de pharmacie uniquement suite à trans

**Complément d'adresse**

**Code postal**

**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 la décision finale.

**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**

**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 la décision finale.

**Département**

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

☐ 75 - PARIS

☐ 77 - SEINE ET MARNE

☐

## ARSIF - Déclaration de caducité de licence d'une officine de pharmacie uniquement suite à trans

☐ 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

### Adresse de la pharmacie (licence caduque)

Numéro de la licence

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 caducité

Date de fermeture de l'officine

Date d'ouverture de l'officine transférée ou regroupée

**Motif de restitution de votre licence :**

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Suite à un transfert de votre officine

☐ Suite à un regroupement de votre officine

**Etes vous en possession de la licence de la pharmacie (licence caduque)**

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

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

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

☐ Licence de la pharmacie (licence caduque)

Déposez la licence si vous êtes en possession de la licence.

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

☐ Attestation sur l'honneur

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

Veuillez télécharger, remplir et joindre le modèle suivant.

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

☐ Arrêté ayant autorisé le transfert ou le regroupement de la pharmacie