Demarche	: ARSIF - Declaration 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	
Formula	ire
	aire vous permet de saisir l'Agence régionale de santé d'Île-de-France d'une déclaration de caducité ficine de pharmacie suite à transfert ou regroupement, en application de l'article L.5125-22 du code ue.
	e concerne que les pharmacies situées dans la région Île-de-France. es situées en dehors de l'Île-de-France, il convient de se rapprocher de l'Agence régionale de santé de ee.
	e : article L.5125-22 du code de la santé publique. des demandeur(s)
NOM(S) et Prénon	n(s) du/des pharmacien(s) titulaire(s) ou gérant
La pharmacie est-c Cochez la mention	elle exploitée par une société ? n applicable
Non	
	e la société exploitant la pharmacie · la forme sociale (EURL, SARL, SEL) de la société telle qu'elle apparait dans les statuts et sur le Kbis de

Raison sociale de la société exploitant la pharmacie

ARSIF - Déclaration de caducité de licence d'une officine de pharmacie uni veuillez renseigner la raison sociale (dénomination sociale) de la société telle qu'elle apparait dans le Kbis.	s statuts et sur le
Nom du représentant légal de la société exploitant la pharmacie /euillez renseigner les noms et prénoms du représentant légal, tel que désigné dans les statuts.	
a 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 besc	iin
Courrier électronique de contact Merci d'indiquer l'adresse électronique à laquelle vous pouvez être contacté(e) par l'ARS en cas de b de l'adresse électronique utilisée à la création du compte démarches-simplifiées)	pesoin (si différente
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 vou l'Agence régionale de santé notifie la décision finale.	us souhaitez que
Notification de l'arrêté : adresse du pharmacien demandeur Nom, Prénom/Raison sociale du destinataire /euillez indiquer l'identité (nom, prénom ou raison sociale) du destinataire du courrier à laquelle vou	us souhaitez que
Notification de l'arrêté : adresse du pharmacien demandeur Nom, Prénom/Raison sociale du destinataire /euillez indiquer l'identité (nom, prénom ou raison sociale) du destinataire du courrier à laquelle vou	us souhaitez que
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 vou 'Agence régionale de santé notifie la décision finale. Département Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles	us souhaitez que
Notification de l'arrêté : adresse du pharmacien demandeur Nom, Prénom/Raison sociale du destinataire /euillez indiquer l'identité (nom, prénom ou raison sociale) du destinataire du courrier à laquelle vou l'Agence régionale de santé notifie la décision finale. Département Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles 75 - PARIS	us souhaitez que
Notification de l'arrêté : adresse du pharmacien demandeur Nom, Prénom/Raison sociale du destinataire /euillez indiquer l'identité (nom, prénom ou raison sociale) du destinataire du courrier à laquelle vou l'Agence régionale de santé notifie la décision finale. Département Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles 75 - PARIS 77 - SEINE ET MARNE	us souhaitez que
Notification de l'arrêté : adresse du pharmacien demandeur Nom, Prénom/Raison sociale du destinataire /euillez indiquer l'identité (nom, prénom ou raison sociale) du destinataire du courrier à laquelle vou 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	us souhaitez que
Notification de l'arrêté : adresse du pharmacien demandeur Nom, Prénom/Raison sociale du destinataire /euillez indiquer l'identité (nom, prénom ou raison sociale) du destinataire du courrier à laquelle vou '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	us souhaitez que
Notification de l'arrêté : adresse du pharmacien demandeur Nom, Prénom/Raison sociale du destinataire /euillez indiquer l'identité (nom, prénom ou raison sociale) du destinataire du courrier à laquelle vou 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	us souhaitez que
Notification de l'arrêté: adresse du pharmacien demandeur Nom, Prénom/Raison sociale du destinataire /euillez indiquer l'identité (nom, prénom ou raison sociale) du destinataire du courrier à laquelle vou '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	us souhaitez que
Notification de l'arrêté : adresse du pharmacien demandeur Nom, Prénom/Raison sociale du destinataire /euillez indiquer l'identité (nom, prénom ou raison sociale) du destinataire du courrier à laquelle vou '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	us souhaitez que

ARSIF - Déclaration de caducité de licence d'une officine de pharmacie unic Complément d'adresse	
Code postal	_
Commune	
Nom, Prénom/Raison sociale du destinataire Veuillez indiquer l'identité (nom, prénom ou raison sociale) du destinataire du courrier à laquelle vous 'Agence régionale de santé notifie la décision finale.	souhaitez qu
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	\neg
Commune	\neg
Nom, Prénom/Raison sociale du destinataire Veuillez indiquer l'identité (nom, prénom ou raison sociale) du destinataire du courrier à laquelle vous l'Agence régionale de santé notifie la décision finale.	souhaitez qu
Département Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles 75 - PARIS	
77 - SEINE ET MARNE	
□ 78 - YVELINES	

ARSIF - Déclaration de caducité de licence d'une officine de pharmacie unique	ment 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	1
Complément d'adresse	1
Code postal]
Commune]
Adresse de la pharmacie (licence caduque)	
Numéro de la licence	1
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]
	I
Code postal]
Commune	1

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

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