

Démarche : ARSIF - Demande d'autorisation pour la gérance d'une officine de pharmacie après décès de son titulaire

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 demande d'autorisation visant à faire gérer une officine de pharmacie après décès de son titulaire, en application de l'article L.5125-16 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.

Textes de référence :

- Articles L.5125-8, L.5125-16 du code de la santé publique,
- Articles R.4235-51 et R.5125-43 du code de la santé publique.

Identité du/des demandeur(s)

NOM, Prénom, adresse, téléphone et courrier électronique du conjoint ou du/des héritier(s)

Veuillez renseigner les noms, prénoms, adresses, téléphones et courriers électroniques le cas échéant de l'ensemble des héritiers et/ou du conjoint du pharmacien titulaire décédé.

Nom, Prénom, adresse, téléphone et courrier électronique du gérant après décès

Veuillez renseigner les noms, prénoms, adresses, téléphones et courrier électronique du gérant après décès.

ARSIF - Demande d'autorisation pour la gérance d'une officine de pharmacie après décès de son titulaire

NOM et Prénom du pharmacien titulaire décédé

Si l'officine est gérée par plusieurs pharmaciens co-titulaires, veuillez préciser les nom et prénom du pharmacien titulaire qui est décédé.

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

Raison sociale de la société exploitant la pharmacie

Veuillez renseigner la raison sociale (dénomination sociale) de la société telle qu'elle apparait 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

Adresse du notification de l'arrêté

Notification de l'arrêté : adresse du conjoint ou des héritiers du pharmacien titulaire décédé

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

ARSIF - Demande d'autorisation pour la gérance d'une officine de pharmacie après décès de son

☐ 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 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

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.

ARSIF - Demande d'autorisation pour la gérance d'une officine de pharmacie après décès de son

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

Adresse de la pharmacie

Numéro de la licence de l'officine de pharmacie

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 le pharmacien titulaire décédé

Date du décès

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Copie du certificat de décès

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

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Acte de notoriété des ayants-droits à la succession

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

Informations et pièces à fournir concernant le pharmacien qui reprend la gérance de l'officine

Date de fin du contrat de gérance après décès

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Attestation d'inscription au tableau de la section D de l'ordre compétent

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

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Contrat de travail

Fournir le contrat de travail ou autre document par lequel les ayants-droits du pharmacien titulaire décédé désignent le pharmacien gérant de l'officine de pharmacie concernée.

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Acte de désignation par la succession du gérant choisi en qualité de gérant après décès