

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	<input type="text"/>
Civilité	<input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>

## 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 apparaît 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 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

## 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**

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**

**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 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