: ARSIF - Déclaration de modification de l'adresse d'une officine de

Démarche

pharmacie sans déplacement 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 déclarer à l'Agence régionale de santé d'Île-de-France le changement d'adresse d'une officine de pharmacie, sans déplacement de cette officine, en application de l'article L.5125-3 et R.5125-11 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.5125-3 et R.5125-11 du code de la santé publique. Identité du/des demandeur(s) NOM et Prénom du/des pharmacien(s) titulaire(s) ou gérant Raison sociale juridique de la pharmacie 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.

## ARSIF - Déclaration de modification de l'adresse d'une officine de pharmacie sans déplacement Raison sociale de la société exploitant l'officine 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 Coordonnées de contact du demandeur

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 de notification de l'arrêté

aitez 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 vous souha 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 modification de l'adresse d'une officine de pharmacie sans déplace
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 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
NO at many daily and b
N° et nom de la voie
Complément d'advacce
Complément d'adresse
Code postal
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 la décision finale.
Département Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles  ☐ 75 - PARIS
77 - SEINE ET MARNE

ARSIF - Déclaration de modification de l'adresse d'une officine de pharmacie sans	déplacement
91 - ESSONNE	
92 - HAUTS DE SEINE	
93 - SEINE SAINT DENIS	
94 - VAL DE MARNE	
95 - VAL D'OISE	
N° et nom de la voie	
N° et nom de la voie	
Complément d'adresse	
Code postal	
Commune	
Adresse de la pharmacie telle que mentionnée dans la licence (AVAN modification)	Γ
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	

## ARSIF - Déclaration de modification de l'adresse d'une officine de pharmacie sans déplacement Commune

NB: si votre officine est située dans une commune nouvelle (issue de la fusion d'anciennes communes), merci d'indiquer

ici le nom de la commune nouvelle. Le nom de l'ancienne commune peut le cas échéant être précisé dans le champ "Complément d'adresse". Nouvelle adresse de l'officine à prendre en compte Confirmez-vous qu'il s'agit uniquement d'un changement d'adresse, sans déplacement de l'officine ? Cochez la mention applicable ☐ Oui ☐ Non N° et nom de la voie (après modification) Complément d'adresse Code postal Commune Pièces à fournir concernant la modification de licence Pièce justificative à joindre en complément du dossier Attestation de la mairie Fournir un document attestant de la modification du nom de la rue ou du numéro (exemples : certificat de numérotage, arrêté de délibération du conseil municipal). Formats recommandés: PDF/A ou PDF 1.7 (.pdf) Pièce justificative à joindre en complément du dossier Tout document établissant que le ou les pharmaciens ou la société sont propriétaires ou locataires du local et

justifiant que celui-ci est destiné à un usage commercial