

Démarche	: ARSIF - Déclaration de modification de l'adresse d'une officine de pharmacie sans déplacement
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 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

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

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 l'officine

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

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

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

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

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 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

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

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

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 telle que mentionnée dans la licence (AVANT modification)

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

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

Code postal

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