

Démarche : ARSIF - Déclaration de modification des conditions d'installation d'une officine de pharmacie (DMI)

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 déclaration de modification des conditions d'installation d'une officine de pharmacie, en application de l'article R.5125-11 du code de la santé publique :

- modification relative à la surface des locaux, à l'ajout ou la suppression d'un local de stockage, aux aménagements du bâti, ou liée à la réalisation d'une nouvelle activité ;
- ouverture de l'annexe d'une officine implantée dans un aéroport ;
- déplacement de l'officine sans changement d'adresse, y compris en cas de déplacement provisoire pour cause de travaux au sein de l'officine.

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.

Texte de référence : article 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

La pharmacie est-elle exploitée par une société ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

ARSIF - Déclaration de modification des conditions d'installation d'une officine de pharmacie (D

Forme juridique de la société exploitant la pharmacie

Veuillez renseigner la forme sociale (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

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'avis

Notification de l'avis : 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 l'avis.

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 - Déclaration de modification des conditions d'installation d'une officine de pharmacie (D

☐ 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'avis.

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'avis.

ARSIF - Déclaration de modification des conditions d'installation d'une officine de pharmacie (D

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 déclarant la modification

Numéro de licence de l'officine de pharmacie

Merci d'indiquer le numéro de la licence de votre officine de pharmacie.

Nom de l'officine de pharmacie

Merci d'indiquer le nom de l'officine de pharmacie si différent de la raison sociale.

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 concernant la modification

Description de votre projet

Décrire le projet de modification des conditions d'installation de votre officine.

En cas de travaux, description de l'organisation

Précision des dates de début et de fin des travaux et description de l'organisation de l'officine pendant cette période.

Si changement de local (même provisoire), emplacement du nouveau local

Préciser les coordonnées exactes si nouveau local ou local provisoire.

Pièces à joindre à la demande de modification des conditions d'installation

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Fiche descriptive du projet de modification des conditions d'installation

Merci de compléter l'intégralité de la fiche jointe puis de la déposer au format recommandé.

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

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Lettre de demande de modification des conditions d'installation signée du (ou des) pharmacien(s) titulaire(s)

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

Attestation d'inscription au tableau de l'Ordre des pharmaciens

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐

ARSIF - Déclaration de modification des conditions d'installation d'une officine de pharmacie (D

Merci de déposer votre attestation d'inscription au tableau de la section A de l'Ordre des pharmaciens.

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

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Attestation d'inscription au tableau de l'Ordre des pharmaciens

Merci de déposer votre attestation d'inscription au tableau de la section A de l'Ordre des pharmaciens.

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

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Attestation d'inscription au tableau de l'Ordre des pharmaciens

Merci de déposer votre attestation d'inscription au tableau de la section A de l'Ordre des pharmaciens.

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

Autorisation d'urbanisme pour l'aménagement du local

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Permis de construire ou attestation de non-opposition ou attestation sur l'honneur

Selon la situation, il faudra fournir :

- si l'aménagement du local implique un permis de construire (art. L.421-1 du code de l'urbanisme) : le permis de construire accordé (ou une attestation de permis tacite, le cas échéant)

- si l'aménagement du local implique une déclaration préalable de travaux (art. L.422-2 du code de l'urbanisme) : l'attestation municipale de non-opposition à cette déclaration

- si l'aménagement du local n'implique ni permis de construire, ni déclaration préalable : une attestation sur l'honneur signée par tous les demandeurs, précisant que les travaux envisagés ne sont soumis ni à autorisation ni à déclaration au titre du code de l'urbanisme

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

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Plan(s) fourni(s) à l'appui de la demande de permis de construire, le cas échéant

A fournir obligatoirement en cas de construction d'un bâtiment.

Formats recommandés : PNG (.png), TIFF (.tif), JPEG 2000 (.jp2), PDF/A ou PDF 1.7 (.pdf)

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Permis de construire ou attestation de non-opposition ou attestation sur l'honneur

Selon la situation, il faudra fournir :

- si l'aménagement du local implique un permis de construire (art. L.421-1 du code de l'urbanisme) : le permis de construire accordé (ou une attestation de permis tacite, le cas échéant)

- si l'aménagement du local implique une déclaration préalable de travaux (art. L.422-2 du code de l'urbanisme) : l'attestation municipale de non-opposition à cette déclaration

- si l'aménagement du local n'implique ni permis de construire, ni déclaration préalable : une attestation sur l'honneur signée par tous les demandeurs, précisant que les travaux envisagés ne sont soumis ni à autorisation ni à déclaration au titre du code de l'urbanisme

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

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Plan(s) fourni(s) à l'appui de la demande de permis de construire, le cas échéant

ARSIF - Déclaration de modification des conditions d'installation d'une officine de pharmacie (D

A fournir obligatoirement en cas de construction d'un bâtiment.

Formats recommandés : PNG (.png), TIFF (.tif), JPEG 2000 (.jp2), PDF/A ou PDF 1.7 (.pdf)

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Permis de construire ou attestation de non-opposition ou attestation sur l'honneur

Selon la situation, il faudra fournir :

- si l'aménagement du local implique un permis de construire (art. L.421-1 du code de l'urbanisme) : le permis de construire accordé (ou une attestation de permis tacite, le cas échéant)

- si l'aménagement du local implique une déclaration préalable de travaux (art. L.422-2 du code de l'urbanisme) : l'attestation municipale de non-opposition à cette déclaration

- si l'aménagement du local n'implique ni permis de construire, ni déclaration préalable : une attestation sur l'honneur signée par tous les demandeurs, précisant que les travaux envisagés ne sont soumis ni à autorisation ni à déclaration au titre du code de l'urbanisme

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

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Plan(s) fourni(s) à l'appui de la demande de permis de construire, le cas échéant

A fournir obligatoirement en cas de construction d'un bâtiment.

Formats recommandés : PNG (.png), TIFF (.tif), JPEG 2000 (.jp2), PDF/A ou PDF 1.7 (.pdf)

Pièces à fournir en cas d'agrandissement, réaménagement ou déplacement de l'officine de pharmacie

Votre déclaration concerne l'un des cas de modification des conditions d'installation de votre officine listés ci-dessous :

- agrandissement ou réaménagement de votre officine de pharmacie,
- déplacement de l'officine sans changement d'adresse, y compris en cas de déplacement pour cause de travaux au sein de votre officine de pharmacie.

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Plan détaillé du local AVANT modification

Formats recommandés : PNG (.png), JPEG 2000 (.jp2), PDF/A ou PDF 1.7 (.pdf)

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Plan côté du local APRES modification

Le plan doit permettre d'établir que l'aménagement, l'agencement et l'équipement intérieur des locaux de l'officine pourront répondre aux conditions fixées aux articles L. 5125-3, R. 5125-8 et R. 5125-9 du code de la santé publique. Le plan doit être lisible et doit faire figurer les dimensions de chaque équipement dans l'officine.

Taille recommandée pour une bonne lisibilité : format A3

Formats recommandés : PNG (.png), TIFF (.tif), JPEG 2000 (.jp2), PDF/A ou PDF 1.7 (.pdf)

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Accessibilité aux personnes à mobilité réduite ou handicapées

ARSIF - Déclaration de modification des conditions d'installation d'une officine de pharmacie (D

Tout document attestant que le local est conforme aux dispositions des articles L.164-1 et suivants du code de la construction et de l'habitation, concernant l'accessibilité aux personnes à mobilité réduite ou handicapées.

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

Votre déclaration induit l'achat ou la location d'un nouveau local

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Justificatif des droits sur le local

Tout document établissant que le ou les pharmaciens ou la société sont propriétaires ou locataires du local ajouté ou du nouveau local et que ce local est à usage commercial (exemple : contrat de bail commercial).

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

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Le cas échéant, permis de changement de destination du local

Le cas échéant, un permis de changement de destination du local pour un usage commercial (dans le cas d'une transformation d'un local d'habitation en local commercial en particulier).

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

Votre déclaration concerne un déplacement de votre officine de pharmacie sans changement d'adresse ou un déplacement provisoire pour cause de travaux au sein de votre officine

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Plan de secteur

Un plan de secteur mis à l'échelle situant l'emplacement du nouveau local en cas de déplacement de l'officine sans changement d'adresse ou du local provisoire en cas de travaux au sein du local de votre officine de pharmacie.

Formats recommandés : PNG (.png), TIFF (.tif), JPEG 2000 (.jp2), PDF/A ou PDF 1.7 (.pdf)

Pièces complémentaires éventuelles

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Pièces complémentaires éventuelles

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Pièces complémentaires éventuelles

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Pièces complémentaires éventuelles

Observations complémentaires éventuelles

Vous pouvez ici apporter toutes précisions que vous estimeriez utiles à l'instruction de votre demande par l'Agence régionale de santé.

Pièces à fournir en cas de déclaration d'un local annexe

Votre déclaration concerne un local de stockage

Un local de stockage est un local se trouvant à proximité de votre officine, dans les limites de son quartier d'implantation mentionné à l'article L. 5125-3-1 du présent code, à condition qu'il ne soit pas ouvert au public et ne comporte ni signalisation, ni vitrine extérieure.

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Plan côté du local de stockage

Un plan du local de stockage mentionnant la superficie globale de celui-ci et de celle de chaque pièce, le cas échéant, et permettant d'établir que l'aménagement, l'agencement et l'équipement intérieur du local pourra répondre aux conditions fixées aux articles L. 5125-3, R. 5125-8 et R. 5125-9 du code de la santé publique.

Taille recommandée pour une bonne lisibilité : format A3

Formats recommandés : PNG (.png), TIFF (.tif), JPEG 2000 (.jp2), PDF/A ou PDF 1.7 (.pdf)

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Plan de secteur

Un plan mis à l'échelle situant l'emplacement du local de stockage par rapport à votre officine de pharmacie. Il doit être situé dans le même quartier.

Formats recommandés : PNG (.png), TIFF (.tif), JPEG 2000 (.jp2), PDF/A ou PDF 1.7 (.pdf)

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Justificatifs des droits sur le local

Tout document établissant que le ou les pharmaciens ou la société sont propriétaires ou locataires du local ajouté (exemple : contrat de bail commercial).

Pièces complémentaires éventuelles

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Pièces complémentaires éventuelles

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Pièces complémentaires éventuelles

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Pièces complémentaires éventuelles

Observations complémentaires éventuelles

Vous pouvez ici apporter toutes précisions que vous estimeriez utiles à l'instruction de votre demande par l'Agence régionale de santé.