

Démarche : ARSIF - Demande d'autorisation de transfert d'une officine de pharmacie

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 de transfert de pharmacie, en application de l'article R.5125-1 du code de la santé publique.

Cette démarche ne concerne que les transferts s'effectuant au sein ou vers une commune située dans la région Île-de-France.

Pour un transfert vers une commune d'accueil située 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 :

- Article L.5125-3 et suivants du code de la santé publique,
- Article R.5125-1 du code de la santé publique,
- Arrêté du 30 juillet 2018 fixant la liste des pièces justificatives accompagnant toute demande de création, de transfert ou de regroupement d'officines de pharmacie.

L'agence régionale de santé d'Île-de-France procède à un traitement de vos données personnelles pour permettre l'examen des demandes d'autorisation d'ouverture, de transferts et de regroupement d'officine de pharmacie. Ce traitement est nécessaire à l'exécution d'une mission d'intérêt public dont est investi le responsable du traitement conformément à l'article 6.1.e) du Règlement général sur la protection des données (RGPD) du 27 avril 2016 et à l'article L5125-3 du code de la santé publique.

Les réponses aux demandes d'informations de ce formulaire sont obligatoires. A défaut de réponse de votre part, la demande ne pourra pas être étudiée.

Les données à caractère personnel vous concernant (données d'identification, coordonnées et données professionnelles) sont enregistrées et conservées pendant 5 ans à compter de la date de la demande et ne peuvent être communiquées qu'aux destinataires suivants : personnels de l'ARS en charge d'étudier les demandes, pharmaciens inspecteurs de santé publique de l'ARS, personnels de l'Ordre des pharmaciens et représentant régional désigné par chaque syndicat représentatif de la profession.

Conformément au RGPD et à la loi n° 78-du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant, ainsi que d'un droit à demander la limitation du traitement de vos données. Vous pouvez également vous opposer, pour des raisons tenant à votre situation particulière, au traitement des données vous concernant. Vous pouvez exercer ces droits, en vous adressant au délégué à la protection des données de l'ARS par courrier à l'adresse suivante : Délégué à la protection des données de l'ARS, Immeuble Curve, 13 rue du Landy 93200 SAINT-DENIS ou par courriel à l'adresse : [ars-idf-dpd@ars.sante.fr](mailto:ars-idf-dpd@ars.sante.fr)

## ARSIF - Demande d'autorisation de transfert d'une officine de pharmacie

Vous disposez d'un droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, si vous considérez que le traitement de données à caractère personnel vous concernant constitue une violation du règlement général sur la protection des données et de la loi informatique et libertés.

### Identité du/des demandeur(s)

#### NOM(S) et Prénom(s) du/des pharmacien(s) titulaire(s) ou gérant

Veuillez renseigner les noms et prénoms de l'ensemble des pharmaciens titulaires de l'officine à transférer.

#### L'officine à transférer est-elle actuellement exploitée par une société ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

#### Forme juridique de la société exploitant l'officine à transférer

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 l'officine à transférer

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 l'officine à transférer

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 la décision

Notification de la décision : adresse du pharmacien demandeur

## ARSIF - Demande d'autorisation de transfert d'une officine de pharmacie

### 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 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

Veillez 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 - Demande d'autorisation de transfert d'une officine de pharmacie

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

## Adresse actuelle de la pharmacie à transférer

**Département**

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ 75 - PARIS

☐ 77 - SEINE ET MARNE

☐ 78 - YVELINES

## ARSIF - Demande d'autorisation de transfert d'une officine de pharmacie

☐ 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**

**Date prévisionnelle d'ouverture de la nouvelle officine**

Veuillez indiquer la date d'ouverture effective au public de votre nouvelle officine, sous réserve de l'obtention de l'autorisation de l'Agence régionale de santé.

## Informations concernant l'implantation actuelle de l'officine (avant transfert)

**Délimitation du quartier actuel d'implantation de l'officine**

Mentionnez les voies, limites naturelles ou infrastructures délimitant le quartier dans lequel l'officine à transférer est actuellement implantée (délimitation nord, sud, est, ouest).

**Distance entre l'emplacement actuel de l'officine et les officines environnantes**

**Distance**

Nom de la pharmacie la plus proche et distance en mètres.

**Distance**

Nom de la pharmacie la plus proche et distance en mètres.

**Distance**

Nom de la pharmacie la plus proche et distance en mètres.

# ARSIF - Demande d'autorisation de transfert d'une officine de pharmacie

Source des données pour le calcul des distances susmentionnées

Précisez l'outil utilisé pour le calcul des distances (ex : GoogleMaps, ViaMichelin, Mappy, etc.).

## Adresse du local proposé pour le transfert

### Département d'accueil

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 de la commune d'accueil

### Nom de la commune d'accueil

## Informations concernant la future implantation de l'officine (après transfert)

### Nombre d'habitants recensés dans la commune d'accueil de l'officine à transférer

Population municipale issue du recensement en vigueur au moment du dépôt de la demande.

A fournir uniquement si le transfert de l'officine se fait vers une commune différente de la commune d'installation actuelle.

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Extrait du JORF ayant publié le décret authentifiant les chiffres des populations, justifiant que les conditions démographiques sont remplies dans la commune d'accueil

A fournir uniquement si le transfert de l'officine se fait vers une commune différente de la commune d'installation actuelle.

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

NB : en cas de fusions de plusieurs communes, la commune prise en compte est celle issue de la fusion (à compter de la date à laquelle cette fusion est effective)

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐

## ARSIF - Demande d'autorisation de transfert d'une officine de pharmacie

Il peut s'agir d'un extrait de la base de données globales du recensement de la population.

A fournir uniquement si le transfert de l'officine se fait vers une commune différente de la commune d'installation actuelle.

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

### Le transfert s'effectue-t-il au sein du même quartier dans lequel est installée l'officine actuelle ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

### Si non, délimitation du quartier d'accueil de l'officine

Si le transfert s'effectue vers un autre quartier, mentionnez les voies, limites naturelles ou infrastructures délimitant le quartier vers lequel l'officine sera transférée (délimitation nord, sud, est, ouest).

### Distance entre le futur emplacement de l'officine et les officines environnantes

#### Distance

Nom de la pharmacie la plus proche du local de transfert et distance en mètres.

#### Distance

Nom de la pharmacie la plus proche du local de transfert et distance en mètres.

#### Distance

Nom de la pharmacie la plus proche du local de transfert et distance en mètres.

### Source des données pour le calcul des distances susmentionnées

Précisez l'outil utilisé pour le calcul des distances (ex : GoogleMaps, ViaMichelin, Mappy, etc.).

### Des permis de construire ont-ils été accordés par la mairie de la commune pour la construction de logements individuels ou collectifs au sein du quartier d'accueil de l'officine à transférer ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

### La bâtiment dans lequel se situe le local de transfert de l'officine est-il déjà existant ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

## Modalités envisagées pour l'exploitation de l'officine transférée

## ARSIF - Demande d'autorisation de transfert d'une officine de pharmacie

La future officine, à son emplacement après transfert, sera-t-elle exploitée par une société ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

La société qui exploitera la future officine est-elle déjà constituée à ce jour ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

La société qui exploitera la future officine est-elle déjà immatriculée au RCS ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Le cas échéant, si la société est déjà constituée, forme juridique de la société qui exploitera l'officine transférée

Raison sociale de la société qui exploitera l'officine transférée, le cas échéant

Nom et prénom du représentant légal de la société qui exploitera l'officine transférée, le cas échéant

## Éléments complémentaires permettant de justifier que les conditions du code de la santé publique sont remplies

**Éléments justifiant que le transfert permettra une desserte en médicaments optimale au regard des besoins de la population résidente et du lieu d'implantation choisi**

Exposez ici les éléments justifiant que l'accès à la nouvelle officine sera aisé ou facilité par sa visibilité, par des aménagements piétonniers, des stationnements, et le cas échéant, des dessertes par les transports en commun.

Si le transfert s'effectue vers un autre quartier ou une autre commune, exposez ici les éléments permettant de justifier que la nouvelle officine approvisionnera la même population résidente ou une population résidente jusqu'ici non desservie ou une population résidente dont l'évolution démographique est avérée ou prévisible au regard des permis de construire délivrés pour des logements individuels ou collectifs.

**Éléments justifiant que le transfert ne compromettra pas l'approvisionnement nécessaire en médicaments de la population résidente du quartier, de la commune ou des communes d'origine**

Exposez ici les éléments justifiant qu'il existe une officine au sein du quartier, de la commune ou de la commune limitrophe :

- qui dispose d'emplacements de stationnement

- et qui est accessible au public soit par voie piétonnière soit par un mode de transport motorisé à usage collectif

NB : le mode de transport collectif doit permettre d'assurer au moins un trajet aller-retour quotidien les jours ouvrables (du lundi au samedi, hors jours fériés) entre le quartier / la commune et, soit le lieu d'implantation envisagé pour l'officine, soit une autre officine existante (qui doit être située dans les limites des communes limitrophes). Le transport collectif doit disposer d'un arrêt à proximité de cette officine.



## ARSIF - Demande d'autorisation de transfert d'une officine de pharmacie

### Observations complémentaires éventuelles

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

## Pièces à joindre à la demande d'autorisation

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Lettre de demande co-signée par tous les pharmaciens titulaires de l'officine à transférer

La demande doit être signée par tous les pharmaciens titulaires / associés en exercice dans la société au moment du dépôt du dossier, même si un ou plusieurs d'entre eux n'envisagent pas de poursuivre leur activité professionnelle dans l'officine transférée à l'issue de l'opération.

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

### Attestation d'inscription au tableau de l'Ordre compétent

#### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Attestation d'inscription

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

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Attestation d'inscription

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

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Attestation d'inscription

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

## Si l'officine est actuellement exploitée par une société

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Extrait Kbis datant de moins de 3 mois

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

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Attestation d'inscription de la société au tableau de la section compétente, le cas échéant

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

## S'il est envisagé d'exploiter l'officine transférée sous forme de société :

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Si la société existe déjà, extrait Kbis datant de moins de 3 mois

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

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐

# ARSIF - Demande d'autorisation de transfert d'une officine de pharmacie

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

## Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Si la société n'est pas encore constituée, projets de statuts

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

## Pièces justificatives concernant le local de transfert

### Droits des demandeurs sur le local

#### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Tout document établissant que le(s) pharmacien(s) ou la société seront propriétaires ou locataires du local au moment de l'octroi de la licence et justifiant que ce local est destiné à un usage commercial

Les documents fournis doivent renseigner l'adresse géographique du local ou, à défaut, le numéro de cadastre du lot. Les documents fournis ne doivent pas être soumis à des conditions suspensives ou résolutoires de nature à compromettre les droits sur le local du/des pharmacien(s) ou de la société à l'issue du délai d'instruction de 4 mois.

NB : Le bénéficiaire des documents fournis doit être le pharmacien demandeur en son nom propre (ou l'un au moins des pharmaciens en cas de co-titularité de l'officine) ou la société qui exploitera l'officine.

Notamment, pour le cas où le locataire ou l'acquéreur serait une SCI, un bail ou une promesse de bail doit être fourni pour établir les droits dont le(s) pharmacien(s) ou la société qui exploitera l'officine disposera sur le local, quand bien même le gérant de la SCI serait le pharmacien titulaire.

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

#### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Tout document établissant que le(s) pharmacien(s) ou la société seront propriétaires ou locataires du local au moment de l'octroi de la licence et justifiant que ce local est destiné à un usage commercial

Les documents fournis doivent renseigner l'adresse géographique du local ou, à défaut, le numéro de cadastre du lot. Les documents fournis ne doivent pas être soumis à des conditions suspensives ou résolutoires de nature à compromettre les droits sur le local du/des pharmacien(s) ou de la société à l'issue du délai d'instruction de 4 mois.

NB : Le bénéficiaire des documents fournis doit être le pharmacien demandeur en son nom propre (ou l'un au moins des pharmaciens en cas de co-titularité de l'officine) ou la société qui exploitera l'officine.

Notamment, pour le cas où le locataire ou l'acquéreur serait une SCI, un bail ou une promesse de bail doit être fourni pour établir les droits dont le(s) pharmacien(s) ou la société qui exploitera l'officine disposera sur le local, quand bien même le gérant de la SCI serait le pharmacien titulaire.

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

#### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Tout document établissant que le(s) pharmacien(s) ou la société seront propriétaires ou locataires du local au moment de l'octroi de la licence et justifiant que ce local est destiné à un usage commercial

Les documents fournis doivent renseigner l'adresse géographique du local ou, à défaut, le numéro de cadastre du lot. Les documents fournis ne doivent pas être soumis à des conditions suspensives ou résolutoires de nature à compromettre les droits sur le local du/des pharmacien(s) ou de la société à l'issue du délai d'instruction de 4 mois.

NB : Le bénéficiaire des documents fournis doit être le pharmacien demandeur en son nom propre (ou l'un au moins des pharmaciens en cas de co-titularité de l'officine) ou la société qui exploitera l'officine.

Notamment, pour le cas où le locataire ou l'acquéreur serait une SCI, un bail ou une promesse de bail doit être fourni pour établir les droits dont le(s) pharmacien(s) ou la société qui exploitera l'officine disposera sur le local, quand bien même le gérant de la SCI serait le pharmacien titulaire.

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

### Autorisations 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

## ARSIF - Demande d'autorisation de transfert d'une officine de pharmacie

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 (cf. modèle à télécharger ci-dessous)

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 (cf. modèle à télécharger ci-dessous)

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 (cf. modèle à télécharger ci-dessous)

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 - Demande d'autorisation de transfert d'une officine de pharmacie

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 changement de destination du local pour un usage commercial

A fournir uniquement si le local de transfert est situé dans un bâtiment existant nécessitant un changement de destination (ex : transformation d'un local d'habitation en local commercial).

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

### Pièces concernant l'accessibilité du local

#### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ 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)

#### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ 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)

#### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ 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)

## Pièces justificatives présentant l'aménagement du local d'accueil du transfert

### Plan de masse

#### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Plan de masse du bâtiment

Le plan de masse doit permettre de situer le nouveau local dans son environnement immédiat.

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 masse du bâtiment

Le plan de masse doit permettre de situer le nouveau local dans son environnement immédiat.

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 masse du bâtiment

Le plan de masse doit permettre de situer le nouveau local dans son environnement immédiat.

Taille recommandée pour une bonne lisibilité : format A3

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

# ARSIF - Demande d'autorisation de transfert d'une officine de pharmacie

## Aménagement intérieur de l'officine

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- ☐ Plan côté de l'officine mentionnant la superficie globale des locaux et celle de chaque pièce, y compris du local de stockage, le cas échéant

Le plan doit être lisible et doit faire figurer les cotations d'architecte.

Le plan doit faire figurer l'aménagement, l'agencement et l'équipement intérieur de l'officine. Les dimensions de chaque équipement dans l'officine doivent être précisées.

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

- ☐ Fiche descriptive de l'aménagement intérieur du nouveau local

La fiche apportera toute précision utile concernant les superficies, l'aménagement, l'agencement et l'équipement intérieur de l'officine, afin de permettre de vérifier la conformité aux conditions minimales d'installation (articles R.5125-8 et R.5125-9 du code de la santé publique).

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

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- ☐ Plan côté de l'officine mentionnant la superficie globale des locaux et celle de chaque pièce, y compris du local de stockage, le cas échéant

Le plan doit être lisible et doit faire figurer les cotations d'architecte.

Le plan doit faire figurer l'aménagement, l'agencement et l'équipement intérieur de l'officine. Les dimensions de chaque équipement dans l'officine doivent être précisées.

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

- ☐ Fiche descriptive de l'aménagement intérieur du nouveau local

La fiche apportera toute précision utile concernant les superficies, l'aménagement, l'agencement et l'équipement intérieur de l'officine, afin de permettre de vérifier la conformité aux conditions minimales d'installation (articles R.5125-8 et R.5125-9 du code de la santé publique).

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

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- ☐ Plan côté de l'officine mentionnant la superficie globale des locaux et celle de chaque pièce, y compris du local de stockage, le cas échéant

Le plan doit être lisible et doit faire figurer les cotations d'architecte.

Le plan doit faire figurer l'aménagement, l'agencement et l'équipement intérieur de l'officine. Les dimensions de chaque équipement dans l'officine doivent être précisées.

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

- ☐ Fiche descriptive de l'aménagement intérieur du nouveau local

La fiche apportera toute précision utile concernant les superficies, l'aménagement, l'agencement et l'équipement intérieur de l'officine, afin de permettre de vérifier la conformité aux conditions minimales d'installation (articles R.5125-8 et R.5125-9 du code de la santé publique).

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

# ARSJF - Demande d'autorisation de transfert d'une officine de pharmacie

## Plan de situation des locaux d'origine et d'accueil du transfert

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Un plan de secteur mis à l'échelle

Le plan doit faire apparaître :

- la délimitation proposée des quartiers d'origine du local et d'accueil de l'officine
- l'emplacement exact du local d'origine et du local d'accueil de l'officine
- l'emplacement des locaux de stockage, le cas échéant
- l'emplacement exact des officines environnantes
- l'emplacement des projets immobiliers pour lesquels un permis de construire a été accordé, le cas échéant.

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

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Un plan de secteur mis à l'échelle

Le plan doit faire apparaître :

- la délimitation proposée des quartiers d'origine du local et d'accueil de l'officine
- l'emplacement exact du local d'origine et du local d'accueil de l'officine
- l'emplacement des locaux de stockage, le cas échéant
- l'emplacement exact des officines environnantes
- l'emplacement des projets immobiliers pour lesquels un permis de construire a été accordé, le cas échéant.

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

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Un plan de secteur mis à l'échelle

Le plan doit faire apparaître :

- la délimitation proposée des quartiers d'origine du local et d'accueil de l'officine
- l'emplacement exact du local d'origine et du local d'accueil de l'officine
- l'emplacement des locaux de stockage, le cas échéant
- l'emplacement exact des officines environnantes
- l'emplacement des projets immobiliers pour lesquels un permis de construire a été accordé, le cas échéant.

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

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Liste des permis de construire accordés pour des logements collectifs et/ou individuels, le cas échéant

Cette liste doit être établie par les services d'urbanisme de la commune d'accueil de l'officine à transférer.

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