

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

Organisme : Département Pharmacie et Biologie

## 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 Provence-Alpes-Côte d'Azur 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 Provence-Alpes-Côte d'Azur. Pour les pharmacies situées en dehors de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, il convient de se rapprocher de l'Agence Régionale de Santé de la région concernée.

Texte 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**

**La pharmacie est-elle exploitée par une société ?**

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

**Forme juridique et raison sociale de la société exploitant la pharmacie, le cas échéant**

Veuillez renseigner la forme sociale (EURL, SARL, SEL...) telle qu'elle apparait dans les statuts et sur le Kbis de la société

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

## 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 la pharmacie telle que mentionnée dans la licence (AVANT modification)

### Département

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ 04 - Alpes-de-Haute-Provence

☐ 05 - Hautes-Alpes

☐ 06 - Alpes-Maritimes

☐ 13 - Bouches-du-Rhône

☐ 83 - Var

☐ 84 - Vaucluse

### N° et nom de la voie

### Complément d'adresse

### 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)

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

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.