Démarche : Demande d'autorisation pour un regroupement d'officines de l'ARS Auvergne - Rhône - Alpes Organisme : ARS ARA - pôle pharmacie biologie de la Direction de l'offre de soins Identité du demandeur **Email** Civilité Nom Prénom **Formulaire** Procédure dématérialisée des demandes d'autorisations pour les regroupements d'officine de l'Agence Régionale de Santé Auvergne - Rhône - Alpes Après avoir complété cette démarche, vous recevrez des e-mails qui émanent de l'adresse « démarches simplifiées » et qui peuvent arriver dans vos spams. Nous vous remercions de masquer toutes les données à caractère sensible (informations personnelles, industrielles ou commerciales) lorsqu'elles ne sont pas utiles à l'instruction de la demande. Coordonnées de l'interlocuteur Le mail utilisé pour les échanges dans le cadre de l'instruction sera celui utilisé pour la connexion à cette plateforme démarches simplifiées Nom de l'interlocuteur Numéro de téléphone de l'interlocuteur Mail de l'interlocuteur Pièce justificative à joindre en complément du dossier Mandat de représentation Si la demande est présentée par un conseil, un mandat de représentation doit être joint obligatoirement, daté et signé. Informations concernant le(s) signataire(s) de la demande

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

Motivation du/des demandeur(s)

Motivation des pharmaciens et date prévisionnelle pour l'opération de regroupement.

Officine n°1
Coordonnées du titulaire Civilité Mme
□ M.
Nom du titulaire Nom patronymique du titulaire
Prénom du titulaire (tel qu'il figure sur l'état civil)
Mail du titulaire
Téléphone du titulaire
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Attestation d'inscription au Conseil de l'Ordre
Fournir une attestation d'inscription à l'Ordre datée de moins de 3 mois
Civilité Mme
□ M.
Nom du titulaire Nom patronymique du titulaire
Prénom du titulaire (tel qu'il figure sur l'état civil)
Mail du titulaire
Téléphone du titulaire
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Attestation d'inscription au Conseil de l'Ordre

Demande d'autorisation pour un regroupement d'officines de l'ARS Auvergne - Rhône - Alpes Fournir une attestation d'inscription à l'Ordre datée de moins de 3 mois Civilité ☐ Mme

Nom du titulaire Nom patronymique du titulaire
Prénom du titulaire (tel qu'il figure sur l'état civil)
Mail du titulaire
Téléphone du titulaire
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Attestation d'inscription au Conseil de l'Ordre
Fournir une attestation d'inscription à l'Ordre datée de moins de 3 mois
Mode d'exploitation mode d'exploitation actuel de l'officine avant regroupement
Cochez la mention applicable, une seule valeur possible SELARL
☐ EURL
Personne physique
Régime prévoyance soc. minière
SARL
☐ SELAS
☐ SELAFA
☐ SELASU
☐ SELCA
☐ SELURL
□ SNC
☐ Société de fait

Société mutualiste

Demande d'autorisation pour un regroupement d'officines de l'ARS Auvergne - Rhône - Alpes Pièce justificative à joindre en complément du dossier Extrait Kbis de la société exploitant l'officine le cas échéant
Extrait datant de moins de 3 mois (obligatoire lorsque l'officine est exploitée sous forme de société)
L'officine actuelle est-elle exploitée sous la forme d'une Société d'Exercice Libéral (SEL) ? La société exploitant l'officine avant regroupement est-elle inscrite au tableau de l'Ordre des pharmaciens?
Cochez la mention applicable Oui
□ Non
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Attestation d'inscription de la société au tableau de l'Ordre
Obligatoire pour les sociétés d'exercice libéral
Adresse actuelle de l'officine N° et libellé de la voie - code postal- nom de la commune (adresse de l'officine AVANT regroupement)
Complément d'adresse Exemples : centre commercial, numéro de cellule
Population de la commune Population municipale issue du dernier recensement de la population publié au journal officiel de la République Française.
Nombre d'officines dans la commune de la pharmacie n°1
Officine n°2
Coordonnées du titulaire Civilité Mme
Nom du titulaire Nom patronymique du titulaire
Prénom du titulaire
Mail du titulaire

Demande d'autorisation pour un regroupement d'officines de l'ARS Auverg	gne - Rhône - A
éléphone titulaire	
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Attestation d'inscription au Conseil de l'Ordre	
ournir une attestation d'inscription à l'Ordre datée de moins de 3 mois	
Civilité Mme	
□ M.	
Nom du titulaire Nom patronymique du titulaire	
Prénom du titulaire	
Mail du titulaire	
ran do titolane	
Γéléphone titulaire	
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Attestation d'inscription au Conseil de l'Ordre	
Gournir une attestation d'inscription à l'Ordre datée de moins de 3 mois	
Civilité Mme	
□ M.	
Nom du titulaire Nom patronymique du titulaire	
Prénom du titulaire	
Mail du titulaire	
Tail GO GEOIGITE	
Γéléphone titulaire	

Demande d'autorisation pour un regroupement d'officines de l'ARS Auvergne - Rhône - Alpes Fournir une attestation d'inscription à l'Ordre datée de moins de 3 mois

Mode d'exploitation Mode d'exploitation actuel de l'officine avant regroupement
Cochez la mention applicable, une seule valeur possible SELARL
☐ EURL
Personne physique
Régime prévoyance soc. minière
☐ SARL
□ SELAS
□ SELAFA
□ SELASU
□ SELCA
☐ SELURL
□ SNC
☐ Société de fait
Société mutualiste
Pièce justificative à joindre en complément du dossier ☐ Extrait Kbis de la société exploitant l'officine le cas échéant Extrait datant de moins de 3 mois (obligatoire lorsque l'officine est exploitée sous forme de société) L'officine actuelle est-elle exploitée sous la forme d'une Société d'Exercice Libéral (SEL) ? Cochez la mention applicable ☐ Oui
□ Non
Pièce justificative à joindre en complément du dossier ☐ Attestation d'inscription de la société au tableau de l'Ordre Obligatoire pour les sociétés d'exercice libéral
Adresse actuelle de l'officine N° et libellé de la voie - code postal- nom de la commune (adresse de l'officine AVANT regroupement)
Complément d'adresse Exemples : centre commercial, numéro de cellule

Population de la commune Population municipale issue du dernier recensement de la population publié au journal officiel de la République
Française.
Nombre d'officines dans la commune de la pharmacie n°2
Officine n°3
Coordonnées du titulaire Civilité Mme
M.
Nom du titulaire
Prénom du titulaire
Mail du titulaire
Téléphone du titulaire
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Attestation d'inscription au Conseil de l'Ordre
Fournir une attestation d'inscription à l'Ordre datée de moins de 3 mois pour tous les pharmaciens titulaires en exercice au moment de la demande
Mode d'exploitation Cochez la mention applicable, une seule valeur possible SELARL
☐ EURL
Personne physique
Régime prévoyance soc. minière
SARL
☐ SELAS
☐ SELAFA
☐ SELASU
☐ SELCA
☐ SELURL
□ SNC

Demande d'autorisation pour un regroupement d'officines de l'ARS Auvergne - Rhône -	Alpes
Société de fait	
☐ Société mutualiste	
Civilité	
☐ Mme	
□ M.	
Nom du titulaire	
Prénom du titulaire	
Mail du titulaire	
Téléphone du titulaire	
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Attestation d'inscription au Conseil de l'Ordre	
Fournir une attestation d'inscription à l'Ordre datée de moins de 3 mois pour tous les pharmaciens titulaires en exerci au moment de la demande	се
Mode d'exploitation Cochez la mention applicable, une seule valeur possible ☐ SELARL	
☐ EURL	
Personne physique	
Régime prévoyance soc. minière	
☐ SARL	
☐ SELAS	
☐ SELAFA	
☐ SELASU	
□ SELCA	
☐ SELURL	
□ SNC	
☐ Société de fait	
Société mutualiste	
Civilité ☐ Mme	

Demande d'autorisation pour un regroupement d'officines de l'ARS Auvergne - Rhône - Alpes
Nom du titulaire
Prénom du titulaire
Mail du titulaire
Téléphone du titulaire
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Attestation d'inscription au Conseil de l'Ordre
Fournir une attestation d'inscription à l'Ordre datée de moins de 3 mois pour tous les pharmaciens titulaires en exercice au moment de la demande
Mode d'exploitation Cochez la mention applicable, une seule valeur possible SELARL
□ EURL
Personne physique
Régime prévoyance soc. minière
□ SARL
□ SELAS
□ SELAFA
☐ SELASU
□ SELCA
☐ SELURL
□ SNC
☐ Société de fait
Société mutualiste
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Extrait Kbis de la société exploitant l'officine le cas échéant
Extrait datant de moins de 3 mois (obligatoire lorsque l'officine est exploitée sous forme de société)
L'officine actuelle est-elle exploitée sous la forme d'une Société d'Exercice Libéral (SEL) ? Cochez la mention applicable Oui
Non

Demande d'autorisation pour un regroupement d'officines de l'ARS Auvergne - Repèce justificative à joindre en complément du dossier Attestation d'inscription de la société au tableau de l'Ordre	Rhône - Alpes
Obligatoire pour les sociétés d'exercice libéral	
Adresse actuelle de l'officine N° et libellé de la voie - code postal- nom de la commune (adresse de l'officine AVANT regroupement)	
Complément d'adresse Exemples : centre commercial, numéro de cellule	
Population de la commune Population municipale issue du dernier recensement de la population publié au journal officiel de la Républi Française.	que
Nombre d'officines dans la commune de la pharmacie n°3	
La future officine Département futur local	
Adresse du futur local Adresse d'installation de la future officine	
Complément d'adresse Exemples : centre commercial, numéro de cellule	
La future officine sera-t-elle exploitée par une société? Cochez la mention applicable Oui	
□ Non	
Veuillez confirmer la forme de la société qui exploitera l'officine après regroupement	
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Statuts signés ou projets de statuts de la future société qui exploitera l'officine après regroupement	

Délimitation des quartiers

Les officines à regrouper et le lieu de regroupement sont-ils situés au sein de la même commune ? Cochez la mention applicable Oui	
□ Non	
Les officines à regrouper et le lieu de regroupement sont-ils situés au sein du même quartier ? Cochez la mention applicable Oui	
□ Non	
Délimitation du quartier concerné par le regroupement Si vous estimez que les pharmacies à regrouper ainsi que le lieu de regroupement se situent au sein du même quartie Indiquer les rues, infrastructures ou frontières naturelles constituant la limite de ce quartier	er :
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Plan de secteur du quartier concerné par le regroupement	
Plan mis à l'échelle, faisant apparaître : - la délimitation proposée du quartier d'origine de l'officine - l'emplacement exact du local d'origine - l'emplacement des locaux de stockage le cas échéant - l'emplacement exact des officines environnantes	
Délimitation du quartier d'origine de l'officine à regrouper Délimitation du quartier d'origine de l'officine à regrouper Indiquer les rues, infrastructures ou frontières naturelles constituant la limite du quartier où est actuellement installé l'officine.	e
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Plan de secteur du quartier d'origine de l'officine à regrouper	
Plan mis à l'échelle, faisant apparaître : - la délimitation proposée du quartier d'origine de l'officine - l'emplacement exact du local d'origine - l'emplacement des locaux de stockage le cas échéant - l'emplacement exact des officines environnantes	
Délimitation du quartier d'origine de l'officine à regrouper Indiquer les rues, infrastructures ou frontières naturelles constituant la limite du quartier où est actuellement installé l'officine.	e

Demande d'autorisation pour un regroupement d'officines de l'ARS Auvergne - Rhône - Alpes
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Plan de secteur du quartier d'origine de l'officine à regrouper
Plan mis à l'échelle, faisant apparaitre : - la délimitation proposée du quartier d'origine de l'officine - l'emplacement exact du local d'origine - l'emplacement des locaux de stockage le cas échéant - l'emplacement exact des officines environnantes
Délimitation du quartier d'origine de l'officine à regrouper Indiquer les rues, infrastructures ou frontières naturelles constituant la limite du quartier où est actuellement installée l'officine.
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Plan de secteur du quartier d'origine de l'officine à regrouper
Plan mis à l'échelle, faisant apparaitre : - la délimitation proposée du quartier d'origine de l'officine - l'emplacement exact du local d'origine - l'emplacement des locaux de stockage le cas échéant - l'emplacement exact des officines environnantes
Délimitation du quartier où est situé le lieu de regroupement Indiquer les rues, infrastructures ou frontières naturelles constituant la limite du quartier où est actuellement installée l'officine
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Plan de secteur du quartier où est situé le lieu de regroupement
Plan mis à l'échelle, faisant apparaitre : - la délimitation proposée du quartier d'origine de l'officine - l'emplacement exact du local d'origine - l'emplacement des locaux de stockage le cas échéant - l'emplacement exact des officines environnantes
Délimitation du quartier d'origine de l'officine à regrouper Délimitation du quartier d'origine de l'officine à regrouper Indiquer les rues, infrastructures ou frontières naturelles constituant la limite du quartier où est actuellement installée l'officine.
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Plan de secteur du quartier d'origine de l'officine à regrouper

Plan mis à l'échelle, faisant apparaître : - la délimitation proposée du quartier d'origine de l'officine

Demande d'autorisation pour un regroupement d'officines de l'ARS Auvergne - Rhône - Alpes - l'emplacement exact du local d'origine - l'emplacement des locaux de stockage le cas échéant - l'emplacement exact des officines environnantes
Délimitation du quartier d'origine de l'officine à regrouper Indiquer les rues, infrastructures ou frontières naturelles constituant la limite du quartier où est actuellement installée l'officine.
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Plan de secteur du quartier d'origine de l'officine à regrouper
Plan mis à l'échelle, faisant apparaître : - la délimitation proposée du quartier d'origine de l'officine - l'emplacement exact du local d'origine - l'emplacement des locaux de stockage le cas échéant - l'emplacement exact des officines environnantes
Délimitation du quartier d'origine de l'officine à regrouper Indiquer les rues, infrastructures ou frontières naturelles constituant la limite du quartier où est actuellement installée l'officine.
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Plan de secteur du quartier d'origine de l'officine à regrouper
Plan mis à l'échelle, faisant apparaître : - la délimitation proposée du quartier d'origine de l'officine - l'emplacement exact du local d'origine - l'emplacement des locaux de stockage le cas échéant - l'emplacement exact des officines environnantes
Délimitation du quartier où est situé le lieu de regroupement Indiquer les rues, infrastructures ou frontières naturelles constituant la limite du quartier où sera installée l'officine
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Plan de secteur du quartier où est situé le lieu de regroupement
Plan mis à l'échelle, faisant apparaitre : - la délimitation proposée du quartier d'accueil de l'officine - l'emplacement exact du local d'accueil - 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
Pièce justificative à joindre en complément du dossier ☐ Si le regroupement s'effectue vers une autre commune, l'extrait du JORF ayant publié le décret authentifiant les

Les conditions démographiques doivent être remplies dans la commune d'accueil au vu de ces chiffres, à défaut le dossier ne pourra pas être considéré complet.

Ne pas tenir compte de la population totale, mais uniquement de la population municipale.

Informations concernant le futur local

Pièce justificative à joindre en complément du dossier Document justifiant que les pharmaciens / la société disposera de droits sur les locaux au moment de l'octroi de la licence
Le document fourni doit être daté et signé. Le document doit préciser l'adresse géographique du futur local ou à défaut le numéro de cadastre du lot.
Le local doit être à usage commercial. Le document fourni ne doit pas être soumis à des conditions suspensives ou résolutoires de nature à compromettre les droits des demandeurs à l'issue du délai d'instruction. Par exemple peuvent être transmis : - bail commercial
 - acte d'achat du local ou du terrain (compromis de vente ou acte notarié) - contrat de réservation du local (en vue d'un bail ou d'une vente) - promesse de bail - promesse de vente
Le bâtiment dans lequel se situe le futur local est-il déjà existant ? Cochez la mention applicable Oui
Non
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Document justifiant des autorisations d'urbanisme nécessaires
Selon la situation : - permis de construire exprès ou tacite si l'aménagement du local implique un permis de construire au titre du code de l'urbanisme
 décision de non opposition à la déclaration de travaux délivrée par l'autorité compétente si l'aménagement du local implique une déclaration préalable de travaux au titre du code de l'urbanisme. attestation de la mairie ou à défaut attestation sur l'honneur signée par tous les demandeurs, si l'aménagement du local n'est soumis ni à permis de construire ni à déclaration préalable de travaux au titre du code de l'urbanisme.
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Permis de construire du bâtiment et plan fourni à l'appui de la demande de permis de construire
Dans le cas où le futur local est situé dans un bâtiment à construire
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Le cas échéant, permis de changement de destination du local pour un usage commercial
Si le futur local est situé dans un bâtiment existant et qu'un changement de destination du local est nécessaire
Aménagement des futurs locaux
Pièce justificative à joindre en complément du dossier ☐ Document attestant que le futur local est conforme aux articles L. 164-1 à L. 164-3 du Code de la construction et de l'habitation relatifs à l'accessibilité des personnes en situation de handicap

Il s'agit d'un document attestant de la conformité en matière d'accessibilité des locaux.

Exemple : avis de la commission consultative de sécurité et d'accessibilité

Demande d'autorisation pour un regroupement d'officines de l'ARS Auvergne - Rhône - Alpes Pièce justificative à joindre en complément du dossier Plan de masse du bâtiment
Doit permettre de situer le futur local dans son environnement immédiat
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Plan coté de l'officine
Mentionne obligatoirement la superficie globale des locaux et celle de chaque pièce, y compris le local de stockage le cas échéant Ce plan doit permettre de vérifier la conformité du futur local aux conditions minimales d'installation des officines (R5125-8 et R5125-9 du code de la santé publique)
Disposez-vous d'un local de stockage annexe ? Cochez la mention applicable Oui
□ Non
Adresse du local de stockage annexe
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Plan du local de stockage annexe
Je confirme que le lieu de stockage se trouve dans les limites du quartier, qu'il n'est pas accessible au public, et qu'il ne comporte aucune signalisation ni vitrine extérieure. Cochez la mention applicable Oui
□ Non
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Notice descriptive de l'aménagement de l'officine
Afin de garantir la lisibilité du document, merci de télécharger le modèle ci-joint et de ne pas le remplir de façon manuscrite.
Il s'agit d'une notice descriptive précisant l'aménagement, l'agencement et l'équipement intérieur prévus pour la future officine.
Cette notice doit permettre de vérifier la conformité du futur local aux conditions minimales d'installation des officines (R5125-8 et R5125-9 du code de la santé publique)
Environnement du projet
Pièce justificative à joindre en complément du dossier ☐ Document mentionnant les distances entre l'emplacement d'origine et l'emplacement d'accueil et les autres officines environnantes
Source de l'information à préciser obligatoirement. La distance est calculée par voie terrestre.

Vérification absence de compromission

Demande d'autorisation pour un regroupement d'officines de l'ARS Auvergne - Rhône - Alpes Préciser la situation correspondant à l'officine à regrouper

Merci de sélectionner la situation correspondant à l'officine à regrouper

L'objectif est d'apporter des éléments justifiant qu'il existe au sein du quartier ou à défaut, de la commune d'origine ou à défaut, d'une commune limitrophe, une officine disposant d'emplacements de stationnement et accessible au public par voie piétonnière ou par transports collectifs conformément au décret n°2018-671

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible Il existe une ou plusieurs autres pharmacies dans le quartier d'origine
A défaut, il existe une ou plusieurs autres pharmacies dans la commune d'origine
A défaut, il existe une ou plusieurs autres pharmacies dans une commune limitrophe à la commune d'origine
Ces officines sont-elles accessibles par voie piétonnière ? Cela sous-entend que les officines sont accessibles via des aménagements continus (trottoirs, passages piétons)
Cochez la mention applicable Oui
Non
Préciser : Préciser quelles officines sont accessibles par voie piétonnière et préciser le type d'aménagement piétonnier. Vous avez la possibilité de déposer des pièces jointes (photos, capture d'écran)
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Facultatif : pièce-jointe relative à l'accessibilité par voie piétonnière
Ces officines sont-elles accessibles par mode de transport motorisé selon le décret n°2018-671 du 30 juillet 2018 ? Le décret précise : "L'offre de transport disponible permet d'assurer au moins un trajet aller-retour par jour ouvrable entre le quartier ou la commune d'origine et le lieu d'implantation envisagé par l'officine dont le transfert ou le regroupement est demandé, ou celui d'une officine existante située au maximum dans les limites des communes limitrophes. Elle assure un arrêt à proximité de l'une ou l'autre de ces officines."
Cochez la mention applicable Oui
Non
Préciser : Merci d'indiquer la ligne de bus/métro/tramway concernée le cas échéant, les horaires de bus le cas échéant, et les arrêts les plus proches des officines
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Pièce jointe relative au mode de transport précisé ci-dessus
Vous pouvez insérer ici la ou les lignes de transport concernées
Ces officines disposent-elles de stationnements ? Cochez la mention applicable Oui
Non

Demande d'autorisation pour un regroupement d'officines de l'ARS Auvergne - Rhône - Alpes Préciser: Merci de sélectionner la situation correspondant à l'officine à regrouper L'objectif est d'apporter des éléments justifiant qu'il existe au sein du quartier ou à défaut, de la commune d'origine ou à défaut, d'une commune limitrophe, une officine disposant d'emplacements de stationnement et accessible au public par voie piétonnière ou par transports collectifs conformément au décret n°2018-671 Cochez la mention applicable, une seule valeur possible ☐ Il existe une ou plusieurs autres pharmacies dans le quartier d'origine A défaut, il existe une ou plusieurs autres pharmacies dans la commune d'origine A défaut, il existe une ou plusieurs autres pharmacies dans une commune limitrophe à la commune d'origine Ces officines sont-elles accessibles par voie piétonnière ? Cela sous-entend que les officines sont accessibles via des aménagements continus (trottoirs, passages piétons) Cochez la mention applicable Oui □ Non Préciser: Préciser quelles officines sont accessibles par voie piétonnière et préciser le type d'aménagement piétonnier. Vous avez la possibilité de déposer des pièces jointes (photos, capture d'écran...) Pièce justificative à joindre en complément du dossier Facultatif: pièce-jointe relative à l'accessibilité par voie piétonnière Ces officines sont-elles accessibles par mode de transport motorisé selon le décret n°2018-671 du 30 juillet 2018 ? Le décret précise : "L'offre de transport disponible permet d'assurer au moins un trajet aller-retour par jour ouvrable entre le quartier ou la commune d'origine et le lieu d'implantation envisagé par l'officine dont le transfert ou le regroupement est demandé, ou celui d'une officine existante située au maximum dans les limites des communes limitrophes. Elle assure un arrêt à proximité de l'une ou l'autre de ces officines." Cochez la mention applicable ☐ Oui ☐ Non Préciser: Merci d'indiquer la ligne de bus/métro/tramway concernée le cas échéant, les horaires de bus le cas échéant, et les arrêts les plus proches des officines

Vous pouvez insérer ici la ou les lignes de transport concernées

Pièce jointe relative au mode de transport précisé ci-dessus

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

Demande d'autorisation pour un regroupement d'officines de l'ARS Auvergne - Rhône - Alpes Ces officines disposent-elles de stationnements? Cochez la mention applicable
Oui
□ Non
Préciser :
Merci de sélectionner la situation correspondant à l'officine à regrouper L'objectif est d'apporter des éléments justifiant qu'il existe au sein du quartier ou à défaut, de la commune d'origine ou à défaut, d'une commune limitrophe, une officine disposant d'emplacements de stationnement et accessible au public par voie piétonnière ou par transports collectifs conformément au décret n°2018-671
Cochez la mention applicable, une seule valeur possible Il existe une ou plusieurs autres pharmacies dans le quartier d'origine
A défaut, il existe une ou plusieurs autres pharmacies dans la commune d'origine
A défaut, il existe une ou plusieurs autres pharmacies dans une commune limitrophe à la commune d'origine
Ces officines sont-elles accessibles par voie piétonnière ? Cela sous-entend que les officines sont accessibles via des aménagements continus (trottoirs, passages piétons)
Cochez la mention applicable Oui
□ Non
Préciser : Préciser quelles officines sont accessibles par voie piétonnière et préciser le type d'aménagement piétonnier. Vous avez la possibilité de déposer des pièces jointes (photos, capture d'écran)
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Facultatif : pièce-jointe relative à l'accessibilité par voie piétonnière
Ces officines sont-elles accessibles par mode de transport motorisé selon le décret n°2018-671 du 30 juillet 2018 ? Le décret précise: "L'offre de transport disponible permet d'assurer au moins un trajet aller-retour par jour ouvrable entre le quartier ou la commune d'origine et le lieu d'implantation envisagé par l'officine dont le transfert ou le regroupement est demandé, ou celui d'une officine existante située au maximum dans les limites des communes limitrophes. Elle assure un arrêt à proximité de l'une ou l'autre de ces officines."
Cochez la mention applicable Oui
□ Non
Préciser : Merci d'indiquer la ligne de bus/métro/tramway concernée le cas échéant, les horaires de bus le cas échéant, et les arrêts les plus proches des officines
Pièce justificative à joindre en complément du dossier

Vous pouvez insérer ici la ou les lignes de transport concernées

Ces officines disposent-elles de stationnements ? Cochez la mention applicable Oui	
□ Non	
Préciser :	
Vérification desserte optimale du lieu d'implantation	
Accessibilité du futur local	
L'accès au futur local est-il aisé ? Il s'agit de l'accessibilité directe au local et accès PMR. Exemples : présence d'une rampe, local de plain-pied, présence automatique, etc.	porte
Cochez la mention applicable Oui	
□ Non	
Préciser le dispositif :	
Préciser le dispositif relatif à la visibilité du futur local :	
Existe-t-il des aménagements piétonniers pour accéder à l'officine ? Il s'agit de trottoirs, passages piétons	
Cochez la mention applicable Oui	
□ Non	
Préciser le dispositif :	
Le futur local dispose-t-il de stationnements ? Cochez la mention applicable Oui	
□ Non	
Préciser le dispositif :	

Le futur local est-il desservi par des transports en commun ?

Demande d'autorisation pour un regroupement d'officines de l'ARS Auvergne - Rhône - A Cochez la mention applicable Oui
□ Non
Mode de transport collectif à préciser : Merci d'indiquer la ligne de transport concernée, les horaires de bus le cas échéant, et l'arrêt le plus proche de la future officine
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Pièce jointe relative au mode de transport précisé ci-dessus
Vous pouvez insérer ici la ligne de transport concernée
Population desservie par la future officine
 Merci de sélectionner la ou les situations qui correspondent à votre future officine Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles Desserte de la même population résidente Desserte d'une population résidente jusqu'alors non desservie Desserte d'une population résidente dont l'évolution démographique est avérée ou prévisible au regard des permis de construire délivrés pour des logements individuels ou collectifs, dans le quartier d'accueil défini par le demandeur
Justifier:
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Définir le nombre et l'emplacement des nouveaux logements desservis
Vous pouvez utiliser une carte afin d'identifier la localisation des nouveaux logements
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Liste des permis de construire accordés dans le quartier d'accueil
Uniquement pour les demandes motivées par une évolution de la population. Permis de construire accordés par la mairie de la commune d'accueil pour des logements individuels ou collectifs. Cette liste doit être établie par les services municipaux compétents.
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Facultatif : pièce jointe relative à la desserte de la population résidente
Vous pouvez déposer ici tout document complémentaire (cartes, photos, captures d'écran, etc)

Pièces complémentaires éventuelles

Pièces justificatives complémentaires éventuelles

Demande d'autorisation pour un regrouper Pièce justificative à joindre en complément du dossier Pièce complémentaire	ment d'officines de l'ARS Auvergne - Rhône - Alpes
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Pièce complémentaire	
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Pièce complémentaire	