

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

Demande d'autorisation pour un regroupement d'officines de l'ARS Auvergne - Rhône - Alpes

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

Demande d'autorisation pour un regroupement d'officines de l'ARS Auvergne - Rhône - Alpes

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

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

☐

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 ...

L'officine dispose t elle d'une autorisation de vente de médicaments par internet (VMI) ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Arrêté d'autorisation de VMI

Si vous l'avez en votre possession

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

Demande d'autorisation pour un regroupement d'officines de l'ARS Auvergne - Rhône - Alpes

☐ M.

Nom du titulaire

Nom patronymique du titulaire

Prénom du titulaire

Mail du titulaire

Téléphone 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

Mail du titulaire

Téléphone 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

Demande d'autorisation pour un regroupement d'officines de l'ARS Auvergne - Rhône - Alpes

Prénom du titulaire

Mail du titulaire

Téléphone 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

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

Demande d'autorisation pour un regroupement d'officines de l'ARS Auvergne - Rhône - Alpes

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 ...

L'officine dispose t elle d'une autorisation de vente de médicaments par internet (VMI) ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Arrêté d'autorisation de VMI

A joindre si vous l'avez en votre possession

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

☐

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 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

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

☐

Demande d'autorisation pour un regroupement d'officines de l'ARS Auvergne - Rhône - Alpes

- ☐ Personne physique
- ☐ Régime prévoyance soc. minière
- ☐ SARL
- ☐ SELAS
- ☐ SELAFA
- ☐ SELASU
- ☐ SELCA
- ☐ SELURL
- ☐ SNC
- ☐ 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 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
- ☐

Demande d'autorisation pour un regroupement d'officines de l'ARS Auvergne - Rhône - Alpes

- ☐ 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 ...

L'officine dispose t elle d'une autorisation de vente de médicaments par internet (VMI) ?

Cochez la mention applicable

- ☐ Oui
- ☐ Non

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- ☐ Arrêté d'autorisation de VMI

Si vous l'avez en votre possession

Population de la commune

Population municipale issue du dernier recensement de la population publié au journal officiel de la République Française.

Demande d'autorisation pour un regroupement d'officines de l'ARS Auvergne - Rhône - Alpes

Nombre d'officines dans la commune de la pharmacie n°3

La future officine

Département futur local

Adresse du futur local -n° et libellé de voie

Adresse d'installation de la future officine

Adresse du futur local -n° et libellé de voie

Adresse d'installation de la future officine

Code postal

Commune

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

Si et uniquement si la forme d'exploitation de l'officine est différente après l'opération de transfert

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

Demande d'autorisation pour un regroupement d'officines de l'ARS Auvergne - Rhône - Alpes

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 quartier :
Indiquer les rues, infrastructures ou frontières naturelles constituant la limite de ce quartier

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 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

Demande d'autorisation pour un regroupement d'officines de l'ARS Auvergne - Rhône - Alpes

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 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 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 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.

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 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 apparaître :

- 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 chiffres des populations municipales

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

Demande d'autorisation pour un regroupement d'officines de l'ARS Auvergne - Rhône - Alpes

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

☐ Avis de la commission consultative de sécurité et d'accessibilité attestant que le futur local est conforme aux dispositions liées à l'accessibilité des personnes en situation de handicap

Document permettant d'attester 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.

L'avis de la commission consultative de sécurité et d'accessibilité est impératif.

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

Demande d'autorisation pour un regroupement d'officines de l'ARS Auvergne - Rhône - Alpes

(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

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

Demande d'autorisation pour un regroupement d'officines de l'ARS Auvergne - Rhône - Alpes

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

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

Demande d'autorisation pour un regroupement d'officines de l'ARS Auvergne - Rhône - Alpes

☐ 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

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

Demande d'autorisation pour un regroupement d'officines de l'ARS Auvergne - Rhône - Alpes

a 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

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, porte d'entrée automatique, etc.

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 ?

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

Demande d'autorisation pour un regroupement d'officines de l'ARS Auvergne - Rhône - Alpes

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

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Pièce complémentaire

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Pièce complémentaire

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Pièce complémentaire