

Démarche : ARS Bretagne - Officines de pharmacie : Déclaration de cessation définitive d'activité

Organisme : Direction adjointe des Soins de Proximité et des Formations en santé,
Direction de la Stratégie Régionale en Santé

Identité du demandeur

Email

Civilité

Nom

Prénom

Formulaire

Le présent formulaire vous permet de saisir l'Agence Régionale de Santé Bretagne d'une déclaration de cessation définitive d'activité d'une officine de pharmacie dans les deux situations ci-dessous :

- conformément à l'article L5125-5-1 du code de la santé publique, dans le cadre d'une opération de restructuration du réseau officinal réalisée au sein d'une même commune ou de communes limitrophes à l'initiative d'un ou plusieurs pharmaciens ou sociétés de pharmaciens et donnant lieu à l'indemnisation de la cessation définitive d'activité d'une ou plusieurs officines, l'avis préalable du Directeur Général de l'ARS est requis,
- en application uniquement de l'article L5125-22 du code de la santé publique, lorsque la cessation définitive d'activité ne fait pas l'objet d'une indemnisation citée au point ci-dessus.

Cette démarche ne concerne que les pharmacies situées dans la région Bretagne.
Pour les pharmacies situées en dehors de la Bretagne, il convient de se rapprocher de l'Agence régionale de santé de la région concernée.

Textes de référence :

- Article L5125-5-1 du code de la santé publique
- Article L.5125-22 du code de la santé publique

IDENTITE DU/DES DEMANDEUR(S)

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

L'officine de pharmacie est-elle exploitée par une société ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

ARS Bretagne - Officines de pharmacie : Déclaration de cessation définitive d'activité

Informations juridiques sur la société exploitant l'officine

Forme juridique de la société exploitant l'officine

Veillez renseigner la forme juridique (EURL, SARL, SEL...) de la société exploitant l'officine telle qu'elle apparait dans les statuts et sur le Kbis de la société.

Raison sociale de la société exploitant l'officine

Veillez renseigner la raison sociale (dénomination sociale) de la société exploitant l'officine à regrouper telle qu'elle apparait dans les statuts et sur le Kbis.

Forme juridique de la société exploitant l'officine

Veillez renseigner la forme juridique (EURL, SARL, SEL...) de la société exploitant l'officine telle qu'elle apparait dans les statuts et sur le Kbis de la société.

Raison sociale de la société exploitant l'officine

Veillez renseigner la raison sociale (dénomination sociale) de la société exploitant l'officine à regrouper telle qu'elle apparait dans les statuts et sur le Kbis.

Forme juridique de la société exploitant l'officine

Veillez renseigner la forme juridique (EURL, SARL, SEL...) de la société exploitant l'officine telle qu'elle apparait dans les statuts et sur le Kbis de la société.

Raison sociale de la société exploitant l'officine

Veillez renseigner la raison sociale (dénomination sociale) de la société exploitant l'officine à regrouper telle qu'elle apparait dans les statuts et sur le Kbis.

COORDONNEES DE CONTACT DU PHARMACIEN

Numéro de téléphone de l'officine de pharmacie ou du pharmacien

Merci d'indiquer à quel numéro de téléphone vous pouvez être contacté(e) par l'ARS en cas de besoin.

Courrier électronique de contact

Merci d'indiquer l'adresse électronique à laquelle vous pouvez être contacté(e) par l'ARS en cas de besoin (si différente de l'adresse électronique utilisée à la création du compte démarches-simplifiées)

Adresse de notification de l'arrêté (si différente de celle de votre officine)

Veillez indiquer l'adresse postale à laquelle vous souhaitez que l'arrêté constatant la fermeture définitive de votre officine vous soit adressé, si différente de celle de votre officine.

ADRESSE DE L'OFFICINE DE PHARMACIE CESSANT SON ACTIVITE

Département

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ 22 - COTES D'ARMOR

☐ 29 - FINISTERE

☐ 35 - ILLE-ET-VILAINE

☐ 56 - MORBIHAN

N° et nom de la voie

Complément d'adresse

Code postal

COMMUNE

INFORMATIONS ET PIECES A FOURNIR CONCERNANT LA CESSATION DEFINITIVE D'ACTIVITE

Date de fermeture définitive de l'officine

La cessation définitive d'activité fait-elle l'objet d'une indemnisation prévue à l'article L5125-5-1 du Code de la Santé Publique ?

Article L5125-5-1 CSP :

"Toute opération de restructuration du réseau officinal réalisée au sein d'une même commune ou de communes limitrophes à l'initiative d'un ou plusieurs pharmaciens ou sociétés de pharmaciens et donnant lieu à l'indemnisation de la cessation définitive d'activité d'une ou plusieurs officines doit faire l'objet d'un avis préalable du directeur général de l'agence régionale de santé.

La cessation définitive d'activité de l'officine ou des officines concernées est constatée dans les conditions prévues à l'article L. 5125-22."

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Joindre un courrier de déclaration de cessation définitive d'activité dûment daté et signé par tous les pharmaciens titulaires de l'officine.

Ce courrier doit :

- mentionner la date de fermeture définitive de l'officine de pharmacie,
- préciser le motif de la cessation définitive d'activité,
- indiquer l'absence de repreneur de votre officine de pharmacie,
- mentionner expressément votre engagement à restituer la licence de l'officine de pharmacie,
- indiquer si des patients de l'officine sont concernés par une dispensation de médicaments à domicile et si une prise en charge par les officines des alentours a bien été prévue le cas échéant,
- démontrer l'absence de compromission d'approvisionnement en médicaments de la population résidente ou du quartier concerné.

ARS Bretagne - Officines de pharmacie : Déclaration de cessation définitive d'activité

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- ☐ Joindre un courrier de demande d'avis préalable du Directeur général de l'ARS à la cessation définitive d'activité dûment daté et signé par tous les pharmaciens titulaires de l'officine.

Ce courrier doit :

- mentionner la date de fermeture définitive de l'officine de pharmacie,
- préciser le motif de la cessation définitive d'activité,
- mentionner expressément votre engagement à restituer la licence de l'officine de pharmacie,
- présenter l'opération de restructuration du réseau officinal donnant lieu à indemnisation,
- démontrer l'absence de compromission d'approvisionnement en médicaments de la population résidente ou du quartier concerné.

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- ☐ Joindre la copie de l'acte de cession d'éléments du fonds de commerce d'officine de pharmacie (ou compromis) dûment daté et signé par l'ensemble des parties.

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- ☐ Joindre la licence de l'officine de pharmacie.

Pour le cas où le pharmacien ne serait plus en possession de cette licence , fournir une attestation sur l'honneur en ce sens.

L'officine de pharmacie dispose-t-elle d'une autorisation spécifique (commerce électronique de médicaments, sous-traitance, préparation pouvant présenter un risque pour la santé) ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Autorisation(s) spécifique(s)

Précisez la/les autorisation(s) spécifique(s).

NB : La cessation définitive de l'officine entraîne la cessation de ses différentes activités spécifiques et la fermeture de son site internet de vente de médicaments le cas échéant.

Date de remise du registre des stupéfiants à l'ARS

Indiquer la date à laquelle est envisagée la remise du registre des stupéfiants à l'ARS conformément à l'article R5132-37 du code de la santé publique.

Autres registres

Préciser le devenir des autres registres (ordonnanciers, registre des préparations, registre des médicaments dérivés du sang) pour leur durée de conservation obligatoire.