

Démarche : ARS Bretagne - Officines de pharmacie : Demande d'autorisation de regroupement

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 demande d'autorisation de regroupement de pharmacies, en application de l'article R.5125-1 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.

Cette démarche ne concerne que les regroupements s'effectuant au sein ou vers une commune située dans la région Bretagne.

Pour un regroupement vers une commune d'accueil située en dehors de la Bretagne, 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'ARS Bretagne procède à un traitement de vos données personnelles à des fins de gestion et de suivi des officines de pharmacie, traitement nécessaire à l'exécution d'une mission d'intérêt public dont est investie l'ARS en vertu de l'article L.1431-2 du code de la santé publique.

Les données à caractère personnel vous concernant sont conservées pendant la durée de vie de l'officine de pharmacie et sont destinées à l'ARS Bretagne ainsi qu'aux partenaires institutionnels et représentant régional désigné par chaque syndicat représentatif de la profession.

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, vous opposer au traitement de ces données, les faire rectifier ou geler l'utilisation de vos données en exerçant votre demande auprès du Délégué à la Protection des Données de l'ARS : ars-bretagne-cil@ars.sante.fr

Vous disposez également du 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 de la réglementation.

IDENTITE DES DEMANDEURS

NOM et Prénom des pharmaciens titulaires ou gérant

Veuillez renseigner les noms et prénoms de l'ensemble des pharmaciens titulaires des officines à regrouper

ARS Bretagne - Officines de pharmacie : Demande d'autorisation de regroupement

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Lettre de demande co-signée par tous les pharmaciens titulaires des officines à regrouper

La demande doit être signée par tous les pharmaciens titulaires / associés en exercice dans les sociétés 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 regroupée à l'issue de l'opération.

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

Attestation d'inscription des pharmaciens titulaires au tableau de l'Ordre compétent

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Attestation d'inscription des pharmaciens titulaires

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

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Attestation d'inscription des pharmaciens titulaires

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

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Attestation d'inscription des pharmaciens titulaires

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

Est-ce qu'au moins une des officines à regrouper est actuellement exploitée par une société ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Informations juridiques sur la ou les société(s) exploitant la ou les officine(s) à regrouper

Forme juridique de la société exploitant l'officine à regrouper

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

Raison sociale de la société exploitant l'officine à regrouper

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

Nom du représentant légal de la société exploitant l'officine à regrouper

Veuillez renseigner les noms et prénoms du représentant légal, tel que désigné dans les statuts.

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Extrait Kbis datant de moins de 3 mois de la société exploitant l'officine à regrouper

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

La société est-elle inscrite au tableau de l'Ordre des pharmaciens ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐

ARS Bretagne - Officines de pharmacie : Demande d'autorisation de regroupement

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Attestation d'inscription de la société au tableau de l'Ordre des pharmaciens

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

Forme juridique de la société exploitant l'officine à regrouper

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

Raison sociale de la société exploitant l'officine à regrouper

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

Nom du représentant légal de la société exploitant l'officine à regrouper

Veillez renseigner les noms et prénoms du représentant légal, tel que désigné dans les statuts.

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Extrait Kbis datant de moins de 3 mois de la société exploitant l'officine à regrouper

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

La société 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 des pharmaciens

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

Forme juridique de la société exploitant l'officine à regrouper

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

Raison sociale de la société exploitant l'officine à regrouper

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

Nom du représentant légal de la société exploitant l'officine à regrouper

Veillez renseigner les noms et prénoms du représentant légal, tel que désigné dans les statuts.

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐

ARS Bretagne - Officines de pharmacie : Demande d'autorisation de regroupement

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

La société 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 des pharmaciens

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

IMPLANTATION ACTUELLE DES OFFICINES A REGROUPER

Informations générales concernant l'implantation actuelle des officines à regrouper

Département

Département d'origine

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ 22 - COTES D'ARMOR

☐ 29 - FINISTERE

☐ 35 - ILLE-ET-VILAINE

☐ 56 - MORBIHAN

☐ Autre

N° et nom de la voie

Adresse d'origine

Complément d'adresse

Adresse d'origine

Code postal

Code postal d'origine

COMMUNE

Commune d'origine

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.

ARS Bretagne - Officines de pharmacie : Demande d'autorisation de regroupement

Nombre d'habitants recensés dans la commune d'origine de l'officine à regrouper

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

Délimitation du quartier actuel d'implantation de l'officine à regrouper

Mentionnez les voies, limites naturelles ou infrastructures délimitant le quartier dans lequel l'officine à regrouper est actuellement implantée (délimitations Nord, Sud, Est, Ouest).

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

Précisez, en mètres, la distance par voie terrestre séparant l'officine de pharmacie à regrouper des officines les plus proches (même si ces officines sont situées dans une autre commune).

Source des données pour le calcul des distances susmentionnées

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

Département

Département d'origine

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ 22 - COTES D'ARMOR

☐ 29 - FINISTERE

☐ 35 - ILLE-ET-VILAINE

☐ 56 - MORBIHAN

☐ Autre

N° et nom de la voie

Adresse d'origine

Complément d'adresse

Adresse d'origine

Code postal

Code postal d'origine

ARS Bretagne - Officines de pharmacie : Demande d'autorisation de regroupement

COMMUNE

Commune d'origine

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.

Nombre d'habitants recensés dans la commune d'origine de l'officine à regrouper

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

Délimitation du quartier actuel d'implantation de l'officine à regrouper

Mentionnez les voies, limites naturelles ou infrastructures délimitant le quartier dans lequel l'officine à regrouper est actuellement implantée (délimitations Nord, Sud, Est, Ouest).

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

Précisez, en mètres, la distance par voie terrestre séparant l'officine de pharmacie à regrouper des officines les plus proches (même si ces officines sont situées dans une autre commune).

Source des données pour le calcul des distances susmentionnées

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

Département

Département d'origine

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ 22 - COTES D'ARMOR

☐ 29 - FINISTERE

☐ 35 - ILLE-ET-VILAINE

☐ 56 - MORBIHAN

☐ Autre

N° et nom de la voie

Adresse d'origine

ARS Bretagne - Officines de pharmacie : Demande d'autorisation de regroupement

Complément d'adresse

Adresse d'origine

Code postal

Code postal d'origine

COMMUNE

Commune d'origine

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.

Nombre d'habitants recensés dans la commune d'origine de l'officine à regrouper

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

Délimitation du quartier actuel d'implantation de l'officine à regrouper

Mentionnez les voies, limites naturelles ou infrastructures délimitant le quartier dans lequel l'officine à regrouper est actuellement implantée (délimitations Nord, Sud, Est, Ouest).

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

Précisez, en mètres, la distance par voie terrestre séparant l'officine de pharmacie à regrouper des officines les plus proches (même si ces officines sont situées dans une autre commune).

Source des données pour le calcul des distances susmentionnées

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

IMPLANTATION DE L'OFFICINE ISSUE DU REGROUPEMENT

ARS Bretagne - Officines de pharmacie : Demande d'autorisation de regroupement

ADRESSE DU LOCAL PROJETE POUR LE REGROUPEMENT

Le regroupement s'effectue-t-il vers le local actuel d'une des officines à regrouper ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Département d'accueil

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

Adresse d'accueil

Complément d'adresse

Adresse d'accueil

Code postal

Code postal d'accueil

COMMUNE

Commune d'accueil

MODALITES ENVISAGEES POUR L'EXPLOITATION DE L'OFFICINE ISSUE DU REGROUPEMENT

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

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Forme juridique de la société qui exploitera l'officine regroupée

(EURL, SARL, SEL...)

Raison sociale de la société qui exploitera l'officine regroupée

Nom et prénom des représentants légaux de la société qui exploiteront l'officine regroupée

ARS Bretagne - Officines de pharmacie : Demande d'autorisation de regroupement

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

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

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)

Si la société qui exploitera la future officine n'est pas encore constituée, est-elle en cours de formation ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Si la société est en cours de formation, statuts signés

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

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Si la société n'est pas encore en cours de formation, projets de statuts

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

ENVIRONNEMENT DE L'OFFICINE ISSUE DU REGROUPEMENT

Nombre d'habitants recensés dans la commune d'accueil des officines à regrouper

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

Le regroupement s'effectue-t-il au sein d'un des quartiers dans lequel sont installées les officines actuelles ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Délimitation du quartier d'accueil des officines à regrouper

Mentionnez les voies, limites naturelles ou infrastructures délimitant le quartier d'accueil des officines à regrouper (délimitations Nord, Sud, Est, Ouest).

Distance entre l'emplacement projeté pour le regroupement des officines et les officines environnantes

Précisez, en mètres, la distance par voie terrestre séparant l'emplacement du regroupement de vos officines de pharmacie des officines les plus proches (même si ces officines sont situées dans une autre commune).

ARS Bretagne - Officines de pharmacie : Demande d'autorisation de regroupement

Source des données pour le calcul des distances susmentionnées

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

Localisation des officines

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Un plan de secteur mis à l'échelle

Le plan (indiquant l'échelle et précisant la source) doit faire apparaître :

- la délimitation proposée des quartiers d'origine et d'accueil des officines,
- les emplacements exacts d'origine et d'accueil des officines,
- 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), 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 (indiquant l'échelle et précisant la source) doit faire apparaître :

- la délimitation proposée des quartiers d'origine et d'accueil des officines,
- les emplacements exacts d'origine et d'accueil des officines,
- 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), 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 (indiquant l'échelle et précisant la source) doit faire apparaître :

- la délimitation proposée des quartiers d'origine et d'accueil des officines,
- les emplacements exacts d'origine et d'accueil des officines,
- 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), JPEG 2000 (.jp2), PDF/A ou PDF 1.7 (.pdf)

Plan de masse

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Plan de masse du bâtiment

Transmettre un plan de situation du bâtiment permettant de situer le local dans son environnement immédiat et faisant notamment apparaître les aménagements extérieurs, les places de stationnement, les aménagements piétonniers...

Taille recommandée pour une bonne lisibilité : format A3

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

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Plan de masse du bâtiment

Transmettre un plan de situation du bâtiment permettant de situer le local dans son environnement immédiat et faisant notamment apparaître les aménagements extérieurs, les places de stationnement, les aménagements piétonniers...

Taille recommandée pour une bonne lisibilité : format A3

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

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐

ARS Bretagne - Officines de pharmacie : Demande d'autorisation de regroupement

Transmettre un plan de situation du bâtiment permettant de situer le local dans son environnement immédiat et faisant notamment apparaître les aménagements extérieurs, les places de stationnement, les aménagements piétonniers...

Taille recommandée pour une bonne lisibilité : format A3

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

ELEMENTS COMPLEMENTAIRES PERMETTANT DE JUSTIFIER QUE LES CONDITIONS DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE SONT REMPLIES

Éléments justifiant que le regroupement 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 regroupement 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 regroupement 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.

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.

LOCAUX PROJETES POUR LE REGROUPEMENT

Droits des demandeurs sur le local

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- ☐ Tout document établissant que les pharmaciens 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

ARS Bretagne - Officines de pharmacie : Demande d'autorisation de regroupement

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 propriétaire 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 les pharmaciens 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 propriétaire 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 les pharmaciens 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 propriétaire 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)

Le local projeté pour le regroupement des officines est-il dans un bâtiment à construire ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Permis de construire de l'immeuble

Il s'agit de l'accord du permis de construire délivré par la Mairie (décision rendue sur la demande de permis de construire).

Le dossier de demande de permis de construire ou l'accusé de réception du dossier par la Mairie ne sont pas recevables.

Plans fournis à l'appui du permis de construire de l'immeuble

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Plans fournis à l'appui du permis de construire de l'immeuble

ARS Bretagne - Officines de pharmacie : Demande d'autorisation de regroupement

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Plans fournis à l'appui du permis de construire de l'immeuble

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Plans fournis à l'appui du permis de construire de l'immeuble

Le local projeté pour le regroupement est-il situé dans un bâtiment existant nécessitant un changement de destination ?

Par exemple : transformation d'un local d'habitation en local commercial

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Permis de changement de destination du local pour un usage commercial

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

L'aménagement du local implique-t-il une demande de permis de construire ou une déclaration de travaux au titre du code de l'urbanisme ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Concernant l'aménagement du local, permis de construire accordé ou attestation de permis tacite ou décision de non-opposition à la déclaration de travaux délivrés par l'autorité compétente

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

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Attestation sur l'honneur précisant que les travaux envisagés ne sont soumis ni à autorisation ni à déclaration préalable 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

☐ Pièce concernant l'accessibilité du local : 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

Le document doit être délivré par l'autorité compétente.

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

Aménagement intérieur de l'officine issue du regroupement

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Plan côté de l'officine mentionnant la superficie globale 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, ainsi que les espaces accessibles et non accessibles au public. Les dimensions de chaque équipement dans l'officine doivent être précisées.

ARS Bretagne - Officines de pharmacie : Demande d'autorisation de regroupement

Taille recommandée pour une bonne lisibilité : format A3

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

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Notice descriptive de l'aménagement intérieur

La notice 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 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, ainsi que les espaces accessibles et non accessibles au public. Les dimensions de chaque équipement dans l'officine doivent être précisées.

Taille recommandée pour une bonne lisibilité : format A3

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

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Notice descriptive de l'aménagement intérieur

La notice 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 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, ainsi que les espaces accessibles et non accessibles au public. Les dimensions de chaque équipement dans l'officine doivent être précisées.

Taille recommandée pour une bonne lisibilité : format A3

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

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Notice descriptive de l'aménagement intérieur

La notice 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)

PROJETS IMMOBILIERS DANS LE QUARTIER D'ACCUEIL

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 des officines à regrouper ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

ARS Bretagne - Officines de pharmacie : Demande d'autorisation de regroupement

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- ☐ Liste des permis de construire accordés pour des logements collectifs et/ou individuels

Cette liste doit être établie par les services d'urbanisme de la commune d'accueil de l'officine issue du regroupement.

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

DONNEES DE RECENSEMENT EN CAS DE REGROUPEMENT VERS UNE COMMUNE DISTINCTE DE LA / DES COMMUNE(S) D'ORIGINE

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 regroupement de l'officine se fait vers une commune différente de la commune d'installation actuelle des officines à regrouper.

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).

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

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- ☐ Impression de la page des données INSEE sur les populations légales pour la commune d'accueil de l'officine

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

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