

Démarche	: Déclaration de cessation d'une activité de sous-traitance de préparations pour le compte d'autres officines
Organisme	: Département Accès aux soins primaires

## Identité du demandeur

Email	<input type="text"/>
Civilité	<input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>

## Formulaire

Le présent formulaire vous permet de déclarer à l'Agence régionale de santé Pays de la Loire la cessation d'une activité de sous-traitance de préparations pour le compte d'autres officines, en application de l'article R.5125-33-2 du code de la santé publique.

Cette démarche ne concerne que les pharmacies implantées dans la région Pays de la Loire.  
Pour les pharmacies situées dans une autre région, il convient de se rapprocher de l'Agence régionale de santé concernée.

Texte de référence : Article R.5125-33-2 du code de la santé publique

### Identité du déclarant

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

Veuillez renseigner les nom et prénom de l'ensemble des pharmaciens titulaires ou du pharmacien gérant

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

Cochez la mention applicable

Oui

Non

#### Forme juridique et raison sociale de la société, le cas échéant

Mentionnez la forme juridique (SNC, SELARL...) et la raison sociale telles qu'elles apparaissent dans les statuts et sur le Kbis de la société, le cas échéant.

## Adresse de la pharmacie

### Département

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

44 - Loire-Atlantique

49 - Maine-et-Loire

53 - Mayenne

72 - Sarthe

85 - Vendée

### N° et nom de la voie

### Complément d'adresse

### Code postal

### Commune

## Coordonnées de contact de la pharmacie

### Numéro de téléphone de la pharmacie ou du pharmacien

Veuillez indiquer un numéro de téléphone auquel vous pouvez être contacté(e) par l'ARS si nécessaire.

### Courrier électronique de contact

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

## Déclaration

### Date de l'arrêt de l'activité de sous-traitance de préparations pour le compte d'autres officines

Merci d'indiquer la date à laquelle vous avez cessé ou comptez cesser l'activité de sous-traitance de préparations pour le compte d'autres officines

### Observations éventuelles

Vous pouvez apporter toute précision que vous estimeriez utile à l'ARS.