

Démarche	: Demande d'avis préalable à une opération de restructuration du réseau officinal
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 saisir l'Agence régionale de santé Pays de la Loire d'une demande d'avis préalable à une opération de restructuration du réseau officinal donnant lieu à l'indemnisation de la cessation définitive d'activité d'une ou plusieurs officines de pharmacie, en application de l'article L.5125-5-1 du code de la santé publique.

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

Texte de référence : article L.5125-5-1 du code de la santé publique

Identité du/des demandeur(s)

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

La pharmacie devant fermer est-elle exploitée par une société ?

Cochez la mention applicable

Oui

Non

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

Veuillez renseigner la forme sociale (EURL, SARL, SEL...) et la raison sociale de la société telles qu'elles apparaissent dans les statuts et sur le Kbis de la société

Coordonnées de contact du déclarant

Demande d'avis préalable à une opération de restructuration du réseau officinal

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 (si différente de l'adresse électronique utilisée à la création du compte démarches-simplifiées)

Adresse de la pharmacie dont la fermeture est envisagée

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

Informations concernant l'opération de restructuration du réseau officinal

Description de l'opération envisagée

Veuillez décrire l'opération envisagée, et notamment préciser quel(s) confrère(s) indemnisera la fermeture de l'officine.

Date prévisionnelle de fermeture de l'officine

Cette date est communiquée à titre indicatif : elle n'engage et peut être modifiée par la suite sans démarche particulière auprès de l'ARS.

Conditions d'approvisionnement en médicaments

Présenter les conditions dans lesquelles les habitants du quartier ou de la commune concernée pourront être approvisionnés en médicaments par les officines subsistantes : adresse des officines les plus proches, distance avec l'officine devant fermer, existence éventuelle de transports en commun, etc.

Demande d'avis préalable à une opération de restructuration du réseau officinal

Pièces utiles à l'instruction de la demande d'avis

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

Projet ou acte de cession d'éléments du fonds de commerce de l'officine devant fermer

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

Carte du secteur

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

Autre document utile

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

Projet ou acte de cession d'éléments du fonds de commerce de l'officine devant fermer

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

Carte du secteur

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

Autre document utile

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

Projet ou acte de cession d'éléments du fonds de commerce de l'officine devant fermer

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

Carte du secteur

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

Autre document utile