

Démarche : Déclaration de cessation définitive d'activité d'une officine de pharmacie

Organisme : Département Pharmacie et Biologie

## 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 Provence-Alpes-Côte d'Azur d'une déclaration de cessation définitive d'activité d'une officine de pharmacie, en application de l'article L.5125-22 du code de la santé publique.

Cette démarche ne concerne que les pharmacies situées dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Pour les pharmacies situées en dehors de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, il convient de se rapprocher de l'Agence Régionale de Santé de la région concernée.

Texte de référence : article L.5125-22 du code de la santé publique

## Identité du/des demandeur(s)

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

**La pharmacie 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

## Déclaration de cessation définitive d'activité d'une officine de pharmacie

### 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 notification de l'arrêté

Veuillez 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 la pharmacie déclarant la cessation

### Département

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ 04 - Alpes-de-Haute-Provence

☐ 05 - Hautes-Alpes

☐ 06 - Alpes-Maritimes

☐ 13 - Bouches-du-Rhône

☐ 83 - Var

☐ 84 - Vaucluse

### N° et nom de la voie

### Complément d'adresse

### Code postal

### Commune

## Informations et pièces à fournir concernant la cessation

### Date de fermeture définitive de l'officine

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Courrier de déclaration signé

## Déclaration de cessation définitive d'activité d'une officine de pharmacie

Signé par tous les pharmaciens titulaires de l'officine précisant la date retenue pour la fermeture définitive de l'officine

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Licence de la pharmacie

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

### Autorisation spécifique

Précisez si l'officine dispose d'une autorisation spécifique ( commerce électronique de médicaments , sous-traitance , préparation pouvant présenter un risque pour la santé )

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.

### Registre des stupéfiants

Indiquer la date à laquelle est envisagée la remise du registre des stupéfiants à l'ARS conformément à l'article R.5132-37 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