ANNEXE VI

IDENTIFICATICATION DU DEMANDEUR	
Prénom et Nom du Pharmacien Adresse : Email : Numéro téléphone : **Prénom et nom du représentant légal de la famille :** Contacts :	
Référence de l'arrêté portant autorisation de création de l'officine :	
Référence de l'arrêté portant autorisation d'exploitation de l'officine :	
Autres autorisations (préciser la nature et la référence)	
Informations relatives à l'exploitation de l'officine - **Dénomination de l'officine :**	Joindre les pièces justifiant que toutes les conditions sont réunies pour l'exploitation ; ☐ Attestation d'inscription en qualité de pharmacien gérant ☐ Un document attestant la cessation de toutes autres activités de nature à empêcher exercice personnel

Région	
Département	
Commune	
Adresse exacte (quartier, lot, villa…)	

Date d'application	**02/10/2026**
Date d'expiration	**02/10/2031**

Agence sénégalaise de Réglementation pharmaceutique	Enregistrement	Référence : DIAJ-SRP- ER 0011
	Formulaire de demande d'autorisation d'exercer en qualité de pharmacien gérant d'une officine après décès du titulaire	Indice : 02
		Page: 1/ 2

DOCUMENTS À ANNEXER (EN 3 EXEMPLAIRES) :

1. Un extrait du casier judiciaire datant de moins de trois (03) mois,
2. un extrait de naissance datant de moins de trois (03) mois,
3. une copie du certificat de nationalité sénégalaise ou une pièce attestant que le pharmacien est ressortissant de l'espace UEMOA,
4. une copie certifiée conforme du diplôme d'Etat de Docteur en pharmacie ou d'un diplôme admis comme équivalent,
5. une copie de l'acte de cession authentifiée par le notaire,
6. une copie de l'attestation d'inscription à l'Ordre en qualité de pharmacien titulaire.

Fait à	
Date	
Signature et cachet	

Date d'application	**02/10/2026**
Date d'expiration	**02/10/2031**