ANNEXE III

INFORMATIONS RELATIVE A L'EXPLOITATION DE L'OFFICINE :

Dénomination de l'Officine :

Prénom et Nom du Pharmacien titulaire :

Adresse :

E-mail :

Numéro téléphone :

Numéro d'inscription à l'OPS :

Région :

Département :

Commune :

Adresse exacte (quartier, lot, villa) :

Référence de l'acte portant autorisation de création de l'officine :	
Référence de l'acte portant autorisation d'exploitation de l'officine :	
Références d'autres autorisations (rachat, transfert)	

IDENTIFICATION DU SITE PROJET DE TRANSFERT

Région :	
Département :	
Commune :	
Adresse exacte (quartier, lot, villa…) :	
Officine (s) la (les) plus proche (s) de l'ancien site : (Citer les noms)	Préciser le nombre et les noms des officines les plus proches de l'ancien site : ☐ 1 Officine ☐ 2 Officines

	☐ 3 Officines ☐ Autres réponses (préciser)
Officine (s) la (les) plus proche du projet de transfert : (Nom et Distance)	Préciser le nombre et les noms des officines les plus proches du projet de transfert ainsi que leur distance réglementaire : ☐ Officine 1: ☐ Officine 2: ☐ Officines 3: ☐ Autres à préciser
Coordonnées géographiques du site de transfert :	☐ Longitude ☐ Latitude
MOTIFS DU TRANSFERT	☐ Impacté (Préciser) ☐ Non viabilité de la zone ☐ Acquisition d'un terrain ☐ Autres (à Préciser) **Pour tous motifs, joindre les pièces justificatives.**

DOCUMENTS À ANNEXER :

1. une copie de l'arrêté portant autorisation d'exploitation de l'officine ;
2. Un document justifiant les motifs du transfert.
3. un rapport d'expert géomètre agréé indiquant les distances par rapport aux officines de pharmacie existantes dans la zone de transfert ;
4. un plan côté et paraphé de la future officine de pharmacie ;
5. un document attestant que le pharmacien est propriétaire ou locataire des locaux avec adresse exacte (numéro du lot, ou numéro de la villa).

Fait à	
Date	
Nom et Prénom du Pharmacien	
Signature	