ANNEXE VII

IDENTIFICATIONS DU DEMANDEUR :	
Prénom et Nom du Pharmacien Adresse : Email : Numéro téléphone : **Prénom et nom du pharmacien titulaire:**	
Référence de l'arrêté portant autorisation de création de l'officine :	
Informations relatives à l'exploitation de l'officine - **Nom l'officine :** - **Adresse de l'officine :** - **Commune/Région :**	Joindre les pièces justifiant que toutes les conditions sont réunies pour l'exploitation ; ☐ Attestation d'inscription en qualité de pharmacien assistant

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 conforme du contrat de travail du pharmacien assistant ;
6. une copie de l'attestation d'inscription à l'Ordre en qualité de pharmacien titulaire

Fait à	
Date	
Signature et cachet	