ANNEXE V

IDENTIFICATIONS	**DU DEMANDEUR :**
Prénom et Nom du Pharmacien acquéreur Adresse : Email : Numéro téléphone : **Prénom et nom du pharmacien cédant** : **Prénom et nom du représentant légal de la Famille dans le cas d'une cession après décès :** Adresse : Numéro de téléphone : E-mail :	
Référence de l'arrêté portant autorisation de création de l'officine :	
Référence de l'arrêté portant autorisation d'exploitation de l'officine	
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 titulaire de l'officine ☐ Un document attestant la cessation de toutes autres activités de nature à empêcher exercice personnel
Identification du site de l'officine :	
Région	
Département	
Commune	
Adresse exacte (quartier, lot, villa)	

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

Documents à annexer (en 3 exemplaires) :

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

Fait à	
Date	
Signature et cachet du pharmacien acquéreur	