ANNEXE IV

Identification du demandeur	
Prénom et Nom du Pharmacien cédant : Adresse : E-mail : Numéro téléphone :	Cochez la case concernée par la cession ☐ Cession normale ☐ Cession après décès du pharmacien titulaire
Nom et prénom du représentant légal de la famille : (cession après décès) Adresse : Contacts :	
Référence de l'arrêté portant autorisation de création de l'officine :	
Référence de l'arrêté portant autorisation d'exploitation de l'officine :	

Existence de bilan comptable des 3 dernières années

☐ Oui

☐ Non

☐ Autres

Identification du site de l'officine :	
Region	
Departement/commune	
Adresse exacte (quartier, lot, villa)	

Fait à	
Date	
Signature et cachet du pharmacien Cédant ou le représentant légal de la famille	