

 <p>Agence sénégalaise de Réglementation pharmaceutique</p>	Enregistrement	Référence : DIAJ- SRP- ER 015
	Formulaire de demande d'autorisation d'exercer en qualité de pharmacien Responsable	Indice : 01
		Date : 12/12/2022
		Page: 1/ 2

ANNEXE X

IDENTIFICATION DU DEMANDEUR :	
<p>Prénom et Nom du Pharmacien Responsable :</p> <p><u>Adresse :</u></p> <p><u>Email :</u></p> <p><u>Numéro téléphone :</u></p>	
<p><u>Référence de l'arrêté portant autorisation d'exploitation de l'officine :</u></p>	
<p>Informations relatives à l'exploitation de l'établissement</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nom l'établissement : - Adresse de l'établissement : - Commune/Région : 	<p>Joindre les pièces justifiant que toutes les conditions sont réunies pour l'exploitation ;</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Attestation d'inscription en qualité de pharmacien Responsable</p>

DOCUMENTS À ANNEXER :
<ol style="list-style-type: none"> 1 un extrait de la décision intégrale de l'organe social daté et dûment signé portant nomination du pharmacien responsable précisant son mandat social et ses pouvoirs ; 2 un extrait de naissance datant de moins de trois (03) mois ; 3 un extrait de casier judiciaire 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 conforme du contrat de travail du pharmacien responsable ; 7 une copie de l'arrêté portant autorisation d'exploitation de l'établissement ; 8 une copie conforme des documents justifiant l'expérience professionnelle ;

 Agence sénégalaise de Réglementation pharmaceutique	Enregistrement	Référence : DIAJ- SRP- ER 015
	Formulaire de demande d'autorisation d'exercer en qualité de pharmacien Responsable	Indice : 01
		Date : 12/12/2022
		Page: 2 / 2

9 une copie conforme de l'attestation d'inscription à l'Ordre des pharmaciens du Sénégal en qualité de pharmacien responsable.

Fait à	
Date	
Signature et cachet	