



| | | |
|---|---|----------------------------------|
|  <p>Agence sénégalaise de Réglementation pharmaceutique</p> | Enregistrement | Référence : DIAJ- SRP- ER 009 |
| | Formulaire de demande de transfert d'une officine de pharmacie | Indice : 01 |
| | | Date : 12/12/2022 |
| | | Page: 1/ 3 |

ANNEXE III

IDENTIFICATION DU DEMANDEUR :

| | |
|---|--|
| <p>Prénom et Nom du Pharmacien</p> <p>Adresse :</p> <p>Email :</p> <p>Numéro téléphone :</p> <p>Dénomination de l'Officine :</p> <p>Adresse de l'officine :</p> | |
| <p>Référence de l'acte portant autorisation d'exploitation de l'officine :</p> | |
| IDENTIFICATION DU SITE DE TRANSFERT | |
| <p><u>REGION :</u></p> | |
| <p><u>COMMUNE :</u></p> | |
| <p><u>Dénomination du quartier :</u></p> | |
| <p><u>Officine (s) la (les) plus proche (s) de l'ancien site : (nom)</u></p> | <p>Préciser les noms des officines les plus proches de l'ancien site :</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Officine</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Officines</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Officines</p> <p><input type="checkbox"/> Autres réponses (préciser)</p> |
| <p>Officine (s) la (les) plus proche du projet de transfert : (Nom et Distance)</p> | <p>Préciser les noms des officines les plus proches du projet de transfert ainsi que leur distance réglementaire :</p> <p><input type="checkbox"/> Officine 1:</p> <p><input type="checkbox"/> Officine 2:</p> |

| | | |
|--|---|----------------------------------|
|  <p>Agence sénégalaise de Réglementation pharmaceutique</p> | Enregistrement | Référence : DIAJ- SRP- ER 009 |
| | Formulaire de demande de transfert d'une officine de pharmacie | Indice : 01 |
| | | Date : 12/12/2022 |
| | | Page: 2/ 3 |

| | |
|--|--|
| | <input type="checkbox"/> Officines 3: <input type="checkbox"/> Autres à préciser |
| COORDONNEES GEOPGRAPHIQUES DU SITE FAISANT L'OBJET DE TRANSFERT : | <input type="checkbox"/> Longitude <input type="checkbox"/> Latitude |
| MOTIFS DU TRANSFERT | <input type="checkbox"/> Impacté (Préciser) <input type="checkbox"/> Non viabilité de la zone <input type="checkbox"/> Acquisition d'un terrain <input type="checkbox"/> Autres (à Préciser) Pour tous motifs, joindre les pièces justificatives. |

| |
|---|
| DOCUMENTS À ANNEXER (3 EXEMPLAIRES): |
| <ol style="list-style-type: none"> 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 | |
| Signature et cachet du Pharmacien | |



Agence sénégalaise de
Réglementation
pharmaceutique

Enregistrement

Référence : DIAJ-
SRP- ER 009

**Formulaire de demande de transfert d'une
officine de pharmacie**

Indice : 01

Date : 12/12/2022

Page: 3/ 3