

VOLET C – Représentation autre que la représentation organique de personnes juridiques (facultatif)

Dans le cadre d'un mandat spécifique (art.1984 et suiv. du Code civil), vous pouvez vous faire représenter. Il est uniquement tenu compte de ce volet si le contrat de mandat est joint. NB: cela vaut également pour les avocats (le mandat *ad litem* ne s'applique pas aux procédures administratives).

Nom																			
Prénom																			
Bureau																			
Rue																			
N°					Boîte					Code postal									
Commune																			
Téléphone										Fax									
E-mail																			

PARTIE II – OBJET DE LA DEMANDE

Officine existante (a)

Rue																			
N°					Boîte					Code postal									
Commune																			
Téléphone										Fax									
E-mail																			
N° d'autorisation																			

Cachet de la pharmacie

Période

du |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|__| au |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|__|

PARTIE III – MOTIVATION

Raison de la demande :

Le cas échéant, joindre les pièces justificatives et/ou la note explicative

Aperçu des officines les plus proches du lieu d’implantation

	Dénomination de l’officine	Adresse	Distance
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____
6.	_____	_____	_____
7.	_____	_____	_____
8.	_____	_____	_____
9.	_____	_____	_____
10.	_____	_____	_____
11.	_____	_____	_____
...	_____	_____	_____

IMPORTANT – PIÈCES À JOINDRE

La demande n'est recevable que si les pièces suivantes sont jointes à la demande (joindre l'INVENTAIRE) :

1. Un **plan détaillé à l'échelle** dans lequel le demandeur indique avec précision :
 - en cas de maintien de l'autorisation : le lieu d'implantation de l'officine fermée pour laquelle le maintien de l'autorisation est demandé ainsi que l'emplacement des officines les plus proches et la distance jusqu'à ces dernières.
2. Une photocopie légalisée du diplôme de **pharmacien** ou, pour une personne juridique, une copie des statuts complets et éventuellement la décision de procuration à la personne mandatée qui introduit la demande.
3. **La preuve de paiement de la rétribution due :**

L'examen de la demande est subordonné au paiement d'une RETRIBUTION de 341,28 EUR.

La rétribution doit être versée sur le **numéro de compte IBAN BE 28 6790 0219 4220 BIC PCHQBEBB** de l'AFMPS, place Victor Horta 40, boîte 40, 1060 Bruxelles, **avec la mention 'Implantation des pharmacies', le nom du demandeur et le n° d'autorisation de l'officine.**

Afin d'assurer un traitement administratif rapide de votre dossier, il vous est vivement conseillé de joindre à votre demande la preuve que le demandeur est la détenteur légitime des autorisations relatives à la pharmacie visée (certificat d'enregistrement et autorisation d'exploitation).

Date: |__|_|_|/|__|_|_|/|__|_|_|_|_|

Nom (lettres capitales) + signature

Signature (s) du demandeur, le cas échéant de son/ses représentant (s) qui est/sont habilité(s) individuellement ou conjointement à engager le demandeur tel qu'il ressort des pièces jointes.

Pour les **sociétés**, l'**article 62 du C.Soc.** prévoit que les personnes qui représentent une société doivent faire précéder ou suivre immédiatement leur signature de l'indication de la qualité en vertu de laquelle elles agissent.