Commission d'Implantation des officines

Chambre d'expression française

Secrétariat
Donie Anne-Catherine
Tel. : 02/528.42.28.
Fax : 02/528.42.44

Formulaire original à envoyer complété et signé par courrier recommandé à l'adresse suivante :

Au Ministre de la Santé Publique,
Commission d'Implantation des Officines d'expression Française
c/o Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé
Eurostation – bloc II - 6E365A
Place Victor Horta 40 boîte 40
1060 Bruxelles

Ce document doit être utilisé pour la demande de maintien de l'autorisation d'une officine ouverte au public en cas de fermeture temporaire de plus de soixante jours

Art.15*ter*, §1* : toute personne physique ou morale, détentrice d"une autorisation pour une officine ouverte au public, est tenue d'adresser au Ministre qui a la Santé Publique dans ses attributions, au plus tard soixante jours après la fermeture temporaire de cette officine, une demande visant le maintien de l'autorisation visée à l'article 20 § 3, dans le cas où la période de fermeture est supérieure à soixante jours.

Art. 15ter, §7 * : la décision relative au maintien de l'autorisation d'une officine pharmaceutique ouverte au public expire après trois ans automatiquement ou avant cette date, notamment à la réouverture ou lors du transfert de la pharmacie. Au terme de cette période de trois ans, l'autorisation expire automatiquement.

***** de l'arrêté royal du 25 septembre 1974

PARTIE I – IDENTITÉ DU DEMANDEUR

VOLET A – Demandeur (si PERSONNE PHYSIQUE)

Numéro de registre national

Nom

Prénom

Rue

N° Boîte Code postal

Commune

Téléphone Fax

E-mail

VOLET B – Demandeur (si PERSONNE MORALE)

N° d'entreprise Forme jur .:

Dénomination

Siège :

Rue

N° Boîte Code postal

Commune

Personne de contact :

Nom

Prénom

Téléphone Fax

E-mail

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 344,00 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.