**Formulaire de demande de licence pour l'installation d'une pharmacie ouverte au public**

**Ouverture, transfert, fusion, fermeture temporaire ou définitive**

**Base légale   
Arrêté royal du 16 janvier 2022 concernant l'enregistrement et la répartition des officines ouvertes au public.**

**Comment remplir ce document ?**

* **Remplissez ce document de préférence par voie électronique. Pour ce faire, ouvrez le document dans un logiciel de traitement de texte capable de gérer les fichiers .docx.**
* **Le formulaire est composé de dix rubriques. Ne remplissez que la rubrique spécifique qui vous concerne.**
* **Seul le titulaire ou le détenteur d’autorisation (en cas d'application de l'article 30, §1, 3e alinéa, voir ci-dessous) peut signer le formulaire.**
* **Envoyez le formulaire signé à l’AFMPS :**
  + **Par courrier recommandé :**

**Agence fédérale des médicaments et produits de santé  
DG Inspection – division Autorisation s –** Cadastre des officines

**Avenue Galilée 5/3  
1210 BRUXELLES**

* + **Par un service d’envoi recommandé électronique qualifié (Art. 44, Règlement UE/910/2014) à : registration\_pharmacy@afmps.be.**

**Dès réception de votre enregistrement**

**Dès réception, nous vérifierons la recevabilité de votre inscription. Nous vous enverrons un accusé de réception ou vous demanderons des informations supplémentaires si quelque chose n'est pas clair.**

**Si le dossier est déclaré recevable, la demande est publiée sur le site web de l'AFMPS. Les détenteurs d’une autorisation d’exploitation ou d’implantation d’une officine dont la zone d’influence géographique est liée à la zone demandée peuvent soumettre leurs observations par lettre recommandé (voir ci-dessus), excepté pour les demandes de fermeture définitive.**

**L'inscription est soumise à une contribution. Vous pouvez vérifier les frais sur notre** [site web](https://www.afmps.be/fr/items-HOME/Redevances)**, et vous recevrez une facture.**

**Questions**

**Vous avez des questions ? Contactez registration\_pharmacy@afmps.be**

|  |  |
| --- | --- |
| **□** | **~~Demande d’ouverture d’une pharmacie (Art. 8, §1~~)**  **ATTENTION : pour le moment impossible en raison d’un moratoire** |
| **□** | **~~Demande d’ouverture d’une pharmacie (Art. 8, §2) minimum une pharmacie par commune~~ ATTENTION : pour le moment impossible en raison d’un moratoire** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **□** | **Demande de transfert d’une pharmacie (Art. 10, §1, 1° of 2°) sur critère démographique** | | |
| **□** | **Demande de transfert d’une pharmacie (Art. 10, §1, 3°) proximité immédiate** | | |
| **□** | **Demande de transfert d’une pharmacie (Art. 11) transfert temporaire** | | |
| **□** | **Demande de transfert d’une pharmacie (Art. 10, §1, 4°) fermeture + transfert** | | |
| **□** | **Demande de transfert d’une pharmacie vers un bâtiment ouvert au public d’un aéroport (Art. 10, §2)** | | |
| Numéro de l’autorisation de la pharmacie existante | |  | |
| Lieu d'implantation (rue, numéro, code postal, commune) de la pharmacie existante | |  | |
| Lieu d'implantation (rue, numéro, code postal, commune) de la pharmacie projetée | |  | |
| Coordonnées géographiques de la pharmacie projetée (X,Y en projection Lambert2008) | | X |  |
| Y |  |
| **En cas d’application de (Art. 10, §1, 4°) fermeture + transfert** | | | |
| Numéro de l'autorisation de la pharmacie existante **à fermer** | |  | |
| Lieu d'implantation (rue, numéro, code postal, commune) de la pharmacie existante **à fermer** | |  | |
| **En cas d’application de (Art. 11) transfert temporaire** | | | |
| Date de début du transfert temporaire | |  | |
| Date de fin du transfert temporaire | |  | |
| **Optionnel : raisons impérieuses** | | | |
| Art. 10, § 3 : demande endéans les cinq ans après un transfert : spécifiez les éventuelles raisons impérieuses (des documents supplémentaires doivent être joints : zones d’influence géographique et démographique de l’officine, distances avec les autres officines, déterminées par un géomètre) | |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **□** | **Demande de fusion de pharmacies (Art. 9)** | |
| **Pharmacie à maintenir** | | |
| Numéro de l'autorisation de la pharmacie existante **à maintenir** | |  |
| Lieu d'implantation (rue, numéro, code postal, commune) de la pharmacie existante **à maintenir** | |  |
| **Pharmacie à fermer** | | |
| Numéro de l'autorisation de la pharmacie existante **à fermer** | |  |
| Lieu d'implantation (rue, numéro, code postal, commune) de la pharmacie existante **à fermer** | |  |
| **Optionnel : raisons impérieuses** | | |
| Article 14, 5e alinéa : demande dans les cinq ans suivant l'octroi d'une fusion à l'une des pharmacies concernées : spécifiez les éventuelles raisons impérieuse (des documents supplémentaires doivent être joints : zones d’influence géographique et démographique de l’officine, distances avec les autres officines, déterminées par un géomètre) | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **□** | **Demande de fermeture définitive d’une pharmacie (Art. 28)** | |
| **□** | **Demande de fermeture temporaire d’une pharmacie (Art. 29)** | |
| Numéro de l'autorisation de la pharmacie existante **à fermer** | |  |
| Lieu d'implantation (rue, numéro, code postal, commune) de la pharmacie existante **à fermer** | |  |
| **En cas de fermeture temporaire (maximum un an)** | | |
| Date de début de la fermeture temporaire | |  |
| Date de fin de la fermeture temporaire | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Identité du demandeur** | |
| Numéro d’entreprise (ou, quand il n’est pas connu, numéro de registre national du demandeur) |  |
| Nom de l'entreprise (ou, quand il n’est pas connu, nom et prénom du titulaire d’autorisation) |  |
| **Date et signature** du demandeur | |
|  | |