**Formulaire d'enregistrement d'une pharmacie ouverte au public**

**Transfert, fusion, ouverture, parcelle (non)limitrophe pour la vente de médicaments par internet ou pour la préparation de médication individuelle et transmission**

**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 six rubriques. Une rubrique générale et cinq rubriques spécifiques, selon le sujet de votre enregistrement. Ne remplissez que la rubrique générale et 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 Autorisations –** 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.**

**Lors de l'enregistrement d'une ouverture, d'un transfert, d'une parcelle cadastrale limitrophe ou d'une parcelle cadastrale non-limitrophe d'une pharmacie, une inspection sera d'abord effectuée.**

**Lors de l'enregistrement d'une transmission, le dossier de transmission est soumis au directeur général de la DG Inspection pour avis. Après un avis positif, l'enregistrement est publié dans le cadastre public. Si l'enregistrement concerne des données qui ne figurent pas dans le cadastre public, vous recevrez uniquement la confirmation mentionnée ci-dessus.**

**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**

|  |  |
| --- | --- |
| **Informations générales** | |
| Numéro de l'autorisation d'exploitation (six chiffres , « numéro d'immatriculation ») |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Enregistrement de l'ouverture, du transfert ou de la fusion d'une officine (ou modifications des cases avec \*)** | | |
| Numéro d’entreprise (ou, quand il n’est pas connu, numéro de registre national du titulaire) | |  | |
| Nom de l'entreprise (ou, quand il n’est pas connu, nom et prénom du titulaire d’autorisation) | |  | |
| Lieu d'implantation (rue, numéro, code postal, commune) | |  | |
| Nom ou nom fantaisie de la pharmacie | |  | |
| Pour les personnes physiques avec numéro d'entreprise : l’adresse du domicile (rue, numéro, code postal, commune) | |  | **\*** |
| Pour les personnes physiques avec numéro de registre national sans domicile en Belgique ou qui souhaitent choisir un autre domicile : l’adresse du domicile (rue, numéro, code postal, commune, pays) | |  | **\*** |
| **L’exploitant, s’il est différent du titulaire d’autorisation** | | | |
| Numéro d’entreprise | |  | **\*** |
| Nom de l’entreprise | |  | **\*** |
| **Responsable de l’enregistrement** | | | |
| Numéro de registre national | |  | **\*** |
| Nom et prénom | |  | **\*** |
| Depuis quand cette personne est-elle responsable de l’enregistrement ? | |  | **\*** |
| Jusqu’à quand cette personne est-elle responsable de l’enregistrement (en cas d’arrêt) ? | |  | **\*** |
| **En cas d’un nouveau responsable d’enregistrement** | | | |
| Numéro de registre national | |  | **\*** |
| Nom et prénom | |  | **\*** |
| Depuis quand cette personne est-elle responsable de l’enregistrement ? | |  | **\*** |
| **Titulaire supplémentaire 1** | | | |
| Numéro de registre national | |  | **\*** |
| Nom et prénom | |  | **\*** |
| Date de début du co(titulariat) | |  | **\*** |
| Date de fin du titulariat (en cas d’arrêt) | |  | **\*** |
| **Titulaire supplémentaire 2** | | | |
| Numéro de registre national | |  | **\*** |
| Nom et prénom | |  | **\*** |
| Date de début du co(titulariat) | |  | **\*** |
| Date de fin du titulariat (en cas d’arrêt) | |  | **\*** |
| **En cas d'ouverture ou de transfert (également à remplir en cas de fusion avec transfert)** | | | |
| Date prévue d’ouverture ou de transfert | |  | |
| **En cas de transfert temporaire** | | | |
| Lieu d’implantation temporaire  (rue, numéro, code postal, commune) | |  | |
| Période autorisée | |  | |
| **En cas de fusion (également à remplir en cas de fusion avec transfert)** | | | |
| Date de la fermeture définitive de la pharmacie fermée | |  | |
| Adresse de la pharmacie fusionnée (rue, numéro, code postal, commune) | |  | |

\* = les modifications de ces données doivent être enregistrées

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Enregistrement d'une parcelle cadastrale limitrophe (une ou plusieurs parcelle(s))** | |
| Adresse de la pharmacie fusionnée (rue, numéro, code postal, commune) | |  |
| Date de début | |  |
| En cas d'arrêt, date de l'arrêt définitif | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Enregistrement d'une parcelle cadastrale non limitrophe pour vente par internet (maximum une parcelle)** | |
| Adresse de la pharmacie fusionnée (rue, numéro, code postal, commune) | |  |
| Date de début | |  |
| En cas d'arrêt, date de l'arrêt définitif | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Enregistrement d'une parcelle cadastrale non limitrophe pour la préparation de médication individuelle (maximum une parcelle)** | |
| Adresse de la pharmacie fusionnée (rue, numéro, code postal, commune) | |  |
| Date de début | |  |
| En cas d'arrêt, date de l'arrêt définitif | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Enregistrement de la transmission (à remplir par le repreneur)** | | | |
| Numéro d'entreprise du cessionnaire ou, dans le cas d'une personne physique sans numéro d’entreprise, numéro de registre national du cessionnaire | | |  | |
| Nom d’entreprise du cessionnaire ou nom et prénom du cessionnaire | |  | | |
| Pour les personnes physiques avec numéro d'entreprise : l’adresse du domicile (rue, numéro, code postal, commune) | |  | | **\*** |
| Pour les personnes physiques avec numéro de registre national sans domicile en Belgique ou qui souhaitent choisir un autre domicile : l’adresse du domicile (rue, numéro, code postal, commune) | |  | | **\*** |
| **Attention :** vous devez joindre une valeur de transmission déterminée par un expert agréé conforme à l'arrêté royal du 13 avril 1977 fixant les règles permettant de déterminer la valeur de transmission des officines pharmaceutiques et de surveiller cette transmission. | | | | |

\* = les modifications de ces données doivent être enregistrées

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Enregistrement de la fermeture** | |
| Date de la fermeture | |  |
| Date de réouverture (en cas de fermeture temporaire) | |  |

**Signatures  
Veuillez dater et signer dans la case ci-dessous. Attention : différentes signatures sont requises en fonction de l'objet de votre enregistrement.**

* **Date et signature de la personne responsable de l'enregistrement (= le titulaire, ou en cas de plusieurs titulaires, le titulaire désigné comme responsable).**
* **Quand l’article 30, §1, alinéa 3 s’applique (enregistrement par le détenteur de l'autorisation d'exploitation qui n'est pas le titulaire), signature et date du détenteur de l’autorisation d'exploitation. En cas de nouveau responsable de l'enregistrement : signature du nouveau responsable de l'enregistrement ET signature du détenteur de l'autorisation d'exploitation sauf en cas de raisons impérieuses évidentes (à décrire ci-dessous, le cas échéant).**

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| Si le détenteur de l'autorisation d'exploitation signe : | |
| □ | je confirme que j'ai reçu, en tant que détenteur de l'autorisation d’exploitation, une délégation pour l'enregistrement du pharmacien titulaire ; |
| □ | je confirme que j'ai, en qualité de détenteur de l’autorisation d'exploitation, informé le pharmacien titulaire des démarches administratives entreprises. |