**IMPLANTATION**

**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, et abrogeant les arrêtés royaux du 25 septembre 1974 concernant l'ouverture, le transfert et la fusion d'officines pharmaceutiques ouvertes au public et du 21 septembre 2004 relatif au transfert d'une officine ouverte au public vers un bâtiment d'un aéroport.**

**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 détenteur d’autorisation 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 – Implantation des officines**

**A l’attention de Madame DONIE Anne-Catherine**

**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](mailto:registration_pharmacy@afmps.be)**.**

**RAPPEL : pour toutes les demandes de transfert (Art 10 et 11) et de fusion (Art 9), le formulaire doit être accompagné d’un rapport de géomètre conformément à l’article 13 de l’AR. Cette disposition n’est pas applicable pour les demandes de fermeture (Art 28 et 29). En cas de transfert en proximité immédiate, en cas de transfert temporaire ou en cas de transfert avec fermeture, le rapport du géomètre ne doit pas mentionner la zone d'influence démographique/géographique.**

**Dès réception de votre demande**

**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.**

**La demande est soumise à une contribution. Vous pouvez vérifier les montants 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](mailto: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 (maximum 3 ans)** | | | |
| 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 | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Prolongation de fermeture temporaire : raisons impérieuses** | |
| Art. 23 : prolongation de l’autorisation de fermeture temporaire avec maintien de l’autorisation d’exploitation en cas de motifs impérieux (pour une période d’un an au maximum et jusqu’à maximum trois ans après le début de la fermeture de l’officine) : spécifiez les éventuelles raisons impérieuses. |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Documents à joindre (les demandes ne contenant pas les documents requis seront déclarées irrecevables)** | |
| Demande de transfert d’une pharmacie (Art. 10, §1, 1° of 2°) sur critère démographique | Rapport du géomètre avec mention de la zone d'influence démographique/géographique[[1]](#footnote-1) la pharmacie projetée, et les distances vis-à-vis d'autres officines (minimum rayon de 1,5 km) pour l’officine existante et l’officine projetée. |
| Demande de transfert d’une pharmacie (Art. 10, §1, 3°) proximité immédiate | Rapport du géomètre avec les distances vis-à-vis d'autres officines (minimum rayon de 1,5 km) pour l’officine existante et l’officine projetée, y inclus preuve de respect des conditions de transfert à proximité immédiat (soit règle de 100m, soit règle de 25%). |
| Demande de transfert d’une pharmacie (Art. 11) transfert temporaire | Rapport du géomètre avec les distances vis-à-vis d'autres officines (minimum rayon de 1,5 km) pour l’officine existante et l’officine projetée, y inclus preuve de respect des conditions de transfert à proximité immédiat (soit règle de 100m, soit règle de 25%). |
| Demande de transfert d’une pharmacie (Art. 10, §1, 4°) + fermeture | Rapport du géomètre avec les distances vis-à-vis d'autres officines (minimum rayon de 1,5 km) pour les officines existantes et l’officine projetée. |
| Demande de transfert d’une pharmacie vers un bâtiment ouvert au public d’un aéroport (Art. 10, §2) | Rapport du géomètre avec mention de la zone d'influence démographique/géographique1 de la pharmacie projetée et les distances vis-à-vis d'autres officines (minimum rayon de 1,5 km) pour l’officine existante et l’officine projetée. |
| Demande de fusion de pharmacies (Art. 9) | Rapport du géomètre avec mention de la zone d'influence démographique/géographique1 de la pharmacie qui sera fermée, et les distances vis-à-vis d'autres officines (minimum rayon de 1,5 km) pour les officines concernées. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Identité du demandeur** | |
| Numéro d’entreprise (ou, quand il n’est pas connu, numéro de registre national du demandeur) |  |
| Nom et adresse de l'entreprise (ou, quand il n’est pas connu, nom et prénom du titulaire d’autorisation) |  |
| **Date et signature** du demandeur | |
| Date :  Signature(s) + nom(s) et prénom(s) : | |
| **Données de contact** | |
| Nom de la personne de contact |  |
| Numéro de téléphone |  |
| Adresse email |  |

1. zone d’influence géographique de l’adresse projetée : polygone formé par la règle de mi-distance par rapport aux officine les plus proches, qui permet de déterminer la zone d’influence démographique : nombre d’habitants (chiffres délivrés par la commune depuis moins de 6 mois à l’appui) dans la zone d’influence géographique. [↑](#footnote-ref-1)