



ORDRE DES **PHARMACIENS** DU QUÉBEC

*Présent pour vous*

**Objet : Vente d'une pharmacie**

Madame, Monsieur,

Veillez trouver ci-joint la déclaration sous serment concernant une transaction de vente de pharmacie.

Pour procéder à l'inscription sur nos registres, le ou les vendeurs doivent remplir la déclaration sous serment et retourner l'original au plus tard à la date de la prise de possession par le ou les acheteurs, à l'attention du service de l'inscription. Lorsque nous aurons reçu la déclaration sous serment du ou des vendeurs ainsi que celle du ou des acheteurs, nous en informerons la RAMQ, le Bureau des substances contrôlées ainsi que l'AQPP.

Si la transaction devait être retardée ou devancée, veuillez nous en aviser le plus tôt possible par télécopieur au 514-788-9546.

Pour toute question concernant la déclaration sous serment, veuillez communiquer avec la soussignée par téléphone au poste 335 (ou au numéro sans frais) ou par courriel à [dcote@opq.org](mailto:dcote@opq.org).

Veillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Diane Côté  
*Secrétaire administrative à l'inscription  
des sociétés et à la gestion du tableau*



ORDRE DES **PHARMACIENS** DU QUÉBEC

*Présent pour vous*

**Objet : Achat d'une pharmacie**

Madame, Monsieur,

Veillez trouver ci-joint la déclaration sous serment concernant une transaction d'achat d'une pharmacie.

Pour procéder à l'inscription sur nos registres, le ou les acheteurs doivent remplir la déclaration sous serment et retourner l'original à l'attention du service de l'inscription au plus tard à la date de la prise de possession de la pharmacie par le ou les acheteurs. La déclaration doit être accompagnée d'une copie du bail et/ou du sous-bail, ou du titre de propriété. Lorsque nous aurons reçu la déclaration du ou des vendeurs ainsi que celle du ou des acheteurs, nous informerons la RAMQ, le Bureau des substances contrôlées ainsi que l'AQPP.

Si la transaction devait être retardée ou devancée, veuillez nous en aviser le plus tôt possible par télécopieur au 514-788-9546.

En vertu du régime général d'assurance-médicaments (loi 33), vous devez remplir le formulaire 3622 intitulé « Demande d'autorisation de transmettre un relevé d'honoraires ou une demande de paiement au moyen d'un support informatique ou par télécommunication » disponible sous Publications / Documents de référence de notre site Internet. Veuillez ensuite le transmettre à la RAMQ dans les quarante-huit (48) heures ouvrables précédant l'achat de votre pharmacie, à l'adresse indiquée dans l'entête du formulaire.

Pour toute question relative à la RAMQ, nous vous invitons à contacter le service de l'assistance aux professionnels par téléphone au 418-643-9025 (sans frais 1-888-883-7427).

Pour toute question concernant la déclaration sous serment, veuillez communiquer avec la soussignée par téléphone, au poste 335, ou par courriel à [dcote@opq.org](mailto:dcote@opq.org).

Veillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Diane Côté  
*Secrétaire administrative à l'inscription  
des sociétés et à la gestion du tableau*



## DÉCLARATION SOUS SERMENT DE VENTE

Je ou nous soussigné(e)s,

Nom, prénom : \_\_\_\_\_ no de permis : \_\_\_\_\_

domicilié(e) au : \_\_\_\_\_  
No civique et nom de rue Ville Code postal

Nom, prénom : \_\_\_\_\_ no de permis : \_\_\_\_\_

domicilié(e) au : \_\_\_\_\_  
No civique et nom de rue Ville Code postal

Nom, prénom : \_\_\_\_\_ no de permis : \_\_\_\_\_

domicilié(e) au : \_\_\_\_\_  
No civique et nom de rue Ville Code postal

(si nécessaire, compléter au verso)

Que je ou nous vendons le;

DATE DE LA VENTE : \_\_\_\_\_

DATE DE PRISE DE POSSESSION : \_\_\_\_\_

La pharmacie située au;

**Nom de la pharmacie** \_\_\_\_\_

**Adresse** \_\_\_\_\_  
No civique et nom de rue Ville Code postal

(Si plus d'une pharmacie remplir une nouvelle déclaration sous serment)

Que nous vendons la pharmacie à : \_\_\_\_\_

\*TOUS LES PHARMACIENS DOIVENT SIGNER DEVANT UN COMMISSAIRE À L'ASSERMENTATION

**Et j'ai ou nous avons signé**

à \_\_\_\_\_

ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Signature(s)**

**affirmé solennellement devant moi,**

à \_\_\_\_\_

ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Signature**

**Prénom et nom en lettres moulées**

\_\_\_\_\_

(précisez à quel titre cette déclaration est reçue, soit comme commissaire à l'assermentation, juge de paix, avocat, notaire, maire, greffier ou secrétaire-trésorier d'une municipalité)



ORDRE DES **PHARMACIENS** DU QUÉBEC

*Présent pour vous*

## INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

1. La pharmacie ci-dessus mentionnée portait le nom de : \_\_\_\_\_

### **PHARMACIEN(NE) QUI ÉTAIT PROPRIÉTAIRE SEULEMENT**

À compter du : \_\_\_\_\_, je ou nous entendons exercer la pharmacie à l'endroit suivant :

**Nom de la pharmacie** \_\_\_\_\_

**Numéro civique** \_\_\_\_\_

**Code postal** \_\_\_\_\_

Désirez-vous que cet établissement devienne votre lieu d'exercice principal ? oui  non

Si non, veuillez nous indiquer le nom et l'adresse de celui-ci :

**Nom de la pharmacie** \_\_\_\_\_

**Numéro civique** \_\_\_\_\_

**Code postal** \_\_\_\_\_

À quel endroit désirez-vous élire votre domicile professionnel ? RÉSIDENCE  LIEU D'EXERCICE PRINCIPAL

### **SIGNATURE DU (DES) ANCIEN(S) PROPRIÉTAIRE (S) :**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(au besoin, utilisez le verso)

### **POURRIEZ-VOUS AVISER VOS EX-EMPLOYÉS QUE :**

**TOUT(E) PHARMACIEN(NE) QUI ÉTAIT SALARIÉ(E) DE CETTE PHARMACIE, DOIT FAIRE CONNAÎTRE AU SECRÉTAIRE DE L'ORDRE, PAR ÉCRIT, TOUS LES LIEUX OÙ IL(ELLE) EXERCE SA PROFESSION ET L'ADRESSE DE SON DOMICILE PROFESSIONNEL ÉLU TEL QUE LE STIPULE L'ARTICLE 60 DU CODE DES PROFESSIONS.**

**60.** Tout professionnel doit élire domicile en faisant connaître au secrétaire de l'ordre dont il est membre le lieu où il exerce principalement sa profession, dans les trente jours où il commence à exercer celle-ci ou, à son choix, le lieu de sa résidence; le domicile ainsi élu constitue le domicile professionnel. Il doit aussi lui faire connaître tous les lieux où il exerce sa profession.

Avis de changement.

Il doit également aviser le secrétaire de tout changement à ce sujet, dans les trente jours du changement.

Avis de changement.

Tout membre d'un ordre dont la loi constitutive mentionne, à des fins d'élection ou pour toute consultation des membres, le lieu de résidence ou de domicile plutôt que le lieu du domicile professionnel, doit aviser le secrétaire de l'ordre de tout changement de son lieu de résidence ou de domicile, selon le cas, dans les trente jours de ce changement.



## DÉCLARATION SOUS SERMENT D'ACHAT

Je ou nous soussigné(e)s,

Nom, prénom : \_\_\_\_\_ no de permis : \_\_\_\_\_

domicilié(e) au : \_\_\_\_\_  
No civique et nom de rue Ville Code postal

Nom, prénom : \_\_\_\_\_ no de permis : \_\_\_\_\_

domicilié(e) au : \_\_\_\_\_  
No civique et nom de rue Ville Code postal

Nom, prénom : \_\_\_\_\_ no de permis : \_\_\_\_\_

domicilié(e) au : \_\_\_\_\_  
No civique et nom de rue Ville Code postal

(si nécessaire, compléter au verso)

Que je me suis ou nous nous sommes porté(s) acquéreur(s) le;

DATE DE LA VENTE : \_\_\_\_\_

DATE DE PRISE DE POSSESSION : \_\_\_\_\_

De la pharmacie située au;

**Nom de la pharmacie** \_\_\_\_\_

**Adresse** \_\_\_\_\_  
No civique et nom de rue Ville Code postal

(Si plus d'une pharmacie remplir une nouvelle déclaration sous serment)

\*TOUS LES PHARMACIENS DOIVENT SIGNER DEVANT UN COMMISSAIRE À L'ASSERMENTATION

Et j'ai ou nous avons signé  
à \_\_\_\_\_

ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Signature(s)

affirmé solennellement devant moi,  
à \_\_\_\_\_

ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Signature

Prénom et nom en lettres moulées

\_\_\_\_\_  
(précisez à quel titre cette déclaration est reçue, soit  
comme commissaire à l'assermentation, juge de paix,  
avocat, notaire, maire, greffier ou secrétaire-trésorier  
d'une municipalité)



ORDRE DES **PHARMACIENS** DU QUÉBEC

*Présent pour vous*

## INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

1. La pharmacie ci-dessus mentionnée portera le nom de : \_\_\_\_\_

2. Bannière (s'il y a lieu) : \_\_\_\_\_

### **PHARMACIENS PROPRIÉTAIRES SEULEMENT**

Désirez-vous que cet établissement devienne votre lieu d'exercice principal ? oui  non

Si non, veuillez nous indiquer le nom et l'adresse de celui-ci :

**Nom de la pharmacie** \_\_\_\_\_

**Numéro civique** \_\_\_\_\_

**Code postal** \_\_\_\_\_

À quel endroit désirez-vous élire votre domicile professionnel ?      RÉSIDENCE       LIEU D'EXERCICE PRINCIPAL

### **SIGNATURE DU (DES) PROPRIÉTAIRE (S) :**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **POURRIEZ-VOUS AVISER VOS EMPLOYÉS QUE :**

**TOUT(E) PHARMACIEN(NE) SALARIÉ(E) DE CETTE PHARMACIE, DOIT FAIRE CONNAÎTRE AU SECRÉTAIRE DE L'ORDRE, PAR ÉCRIT, TOUS LES LIEUX OÙ IL(ELLE) EXERCE SA PROFESSION ET L'ADRESSE DE SON DOMICILE PROFESSIONNEL ÉLU TEL QUE LE STIPULE L'ARTICLE 60 DU CODE DES PROFESSIONS.**

**60.** Tout professionnel doit élire domicile en faisant connaître au secrétaire de l'ordre dont il est membre le lieu où il exerce principalement sa profession, dans les trente jours où il commence à exercer celle-ci ou, à son choix, le lieu de sa résidence; le domicile ainsi élu constitue le domicile professionnel. Il doit aussi lui faire connaître tous les lieux où il exerce sa profession.

Avis de changement.

Il doit également aviser le secrétaire de tout changement à ce sujet, dans les trente jours du changement.

Avis de changement.

Tout membre d'un ordre dont la loi constitutive mentionne, à des fins d'élection ou pour toute consultation des membres, le lieu de résidence ou de domicile plutôt que le lieu du domicile professionnel, doit aviser le secrétaire de l'ordre de tout changement de son lieu de résidence ou de domicile, selon le cas, dans les trente jours de ce changement.