



ORDRE DES **PHARMACIENS** DU QUÉBEC

*Présent pour vous*

**Objet : Association ou ajout d'actionnaire(s)**

Madame, Monsieur,

Veuillez trouver ci-joint la déclaration sous serment concernant une transaction d'association de pharmacien(s) à une pharmacie.

Pour procéder à l'inscription sur nos registres, tous les pharmaciens actionnaires / associés doivent remplir la déclaration sous serment et retourner l'original, dans un délai de trente jours après la transaction, au sens de l'article 32, paragraphe 2 de la *Loi sur la pharmacie*. 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, 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 le plus tôt possible, 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 au numéro sans frais) ou par courriel à [dcote@opq.org](mailto:dcote@opq.org).

Veuillez 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*

## DÉCLARATION SOUS SERMENT D'ASSOCIATION OU AJOUT D'ACTIONNAIRE(S)

### 1. IDENTIFICATION DU OU DES NOUVEAUX ASSOCIÉS / NOUVEAUX ACTIONNAIRES

A. Nom : \_\_\_\_\_ Numéro de permis : \_\_\_\_\_

Domicilié(e) au : \_\_\_\_\_  
Ville Code postal

B. Nom : \_\_\_\_\_ Numéro de permis : \_\_\_\_\_

Domicilié(e) au : \_\_\_\_\_  
Ville Code postal

C. Nom : \_\_\_\_\_ Numéro de permis : \_\_\_\_\_

Domicilié(e) au : \_\_\_\_\_  
Ville Code postal

Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez faire des copies supplémentaires du formulaire.

1. DATE DE L'ENTENTE OÙ EST SURVENU LE CHANGEMENT DANS LES NOMS DES ASSOCIÉS OU DES ACTIONNAIRES : \_\_\_\_\_

2. DATE DE LA SIGNATURE DE L'ENTENTE, SI DIFFÉRENTE : \_\_\_\_\_

3. DATE DE LA PRISE D'EFFET DE L'ENTENTE, SI DIFFÉRENTE : \_\_\_\_\_

**N.B.** L'Ordre des pharmaciens considère qu'il survient un « *quelque changement dans les noms des associés ou actionnaires* » au sens de l'article 32 de la *Loi sur la pharmacie*, tel que demandé à la question 1, lorsque les parties décident de contracter ensemble, c'est-à-dire lorsque survient l'entente entre les parties d'ajouter un associé ou un actionnaire à la société, que cette date soit ou non différente de celle où les documents relatifs à l'entente ont été signés.

### NOMS DE TOUS LES PHARMACIENS PROPRIÉTAIRES (Suite à la transaction)

\_\_\_\_\_  
Nom en lettres moulées

\_\_\_\_\_  
Nom en lettres moulées

\_\_\_\_\_  
Nom en lettres moulées

\_\_\_\_\_  
Nom en lettres moulées

\_\_\_\_\_  
Nom en lettres moulées

\_\_\_\_\_  
Nom en lettres moulées

\_\_\_\_\_  
Nom en lettres moulées

\_\_\_\_\_  
Nom en lettres moulées

## 2. IDENTIFICATION DE LA PHARMACIE<sup>1</sup>

---

Nom de la pharmacie : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
Numéro civique et nom de la rue Ville Code postal

\_\_\_\_\_ Téléphone Télécopieur pour le *programme Alerte*

## 3. INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES<sup>2</sup>

---

3.1. La pharmacie opèrera sous le nom suivant : \_\_\_\_\_

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

## 4. IDENTIFICATION DU STATUT PROFESSIONNEL DE CHAQUE PHARMACIEN PROPRIETAIRE<sup>3</sup>

---

A. Nom : \_\_\_\_\_ Numéro de permis : \_\_\_\_\_

Désirez-vous que cet établissement devienne votre lieu d'exercice principal? Oui  Non

Si non, veuillez nous indiquer le nom et l'adresse du lieu d'exercice principal élu :

Nom de la pharmacie : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

B. Nom : \_\_\_\_\_ Numéro de permis : \_\_\_\_\_

Désirez-vous que cet établissement devienne votre lieu d'exercice principal? Oui  Non

Si non, veuillez nous indiquer le nom et l'adresse du lieu d'exercice principal élu :

Nom de la pharmacie : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

C. Nom : \_\_\_\_\_ Numéro de permis : \_\_\_\_\_

Désirez-vous que cet établissement devienne votre lieu d'exercice principal? Oui  Non

Si non, veuillez nous indiquer le nom et l'adresse du lieu d'exercice principal élu :

Nom de la pharmacie : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Nul ne peut exercer la profession de pharmacien sous un nom autre que le sien. Il est toutefois permis à des pharmaciens d'exercer leur profession sous le nom d'un ou de plusieurs associés. 1973, c. 51, a. 25.

<sup>2</sup> Le pharmacien propriétaire d'une pharmacie doit placer près de chaque porte donnant accès à celle-ci, une affiche ou une enseigne visible de l'extérieur de la pharmacie et indiquant son nom, précédé du mot «pharmacie», ou suivi du mot «pharmacien(s)» ou du mot «pharmacienne(s)», en lettres dont la dimension n'excède pas celle du nom des propriétaires. Cette affiche ou enseigne doit être accompagnée du symbole graphique de l'Ordre. « Lorsque la pharmacie est la propriété d'une société de pharmaciens, cette affiche doit indiquer le nom de tous les associés, ou de certains d'entre eux, suivi des mots «et associé(e)(s)». L'affiche ou l'enseigne visée au présent article peut également être placée à l'extérieur de la pharmacie. D. 57-94, a. 13.

<sup>3</sup> 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 30 jours où il commence à exercer celle-ci ou, s'il ne l'exerce pas, le lieu de sa résidence ou de son travail principal; le domicile ainsi élu constitue le domicile professionnel. Il doit aussi lui faire connaître tous les autres lieux où il exerce sa profession.

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 30 jours de ce changement. 1973, c. 43, a. 59; 1974, c. 65, a. 8; 1994, c. 40, a. 50; 2008, c. 11, a. 31.



5. ASSERMENTATION

**L’assermentation solennelle est faite en présence soit d’un commissaire à l’assermentation, d’un juge de paix, d’un avocat, d’un notaire, d’un maire, d’un greffier ou d’un secrétaire-trésorier d’une municipalité.**

Veuillez cocher la case ci-après si vous utilisez une feuille supplémentaire

**Chaque pharmacien propriétaire doit signer en présence d’un commissaire à l’assermentation.**

Et j’ai signé à _____ ce _____ jour de _____ 20 _____	Affirmé solennellement devant moi, à _____ ce _____ jour de _____ 20 _____
Signature : _____	Signature : _____
_____ Nom en lettres moulées	_____ Nom en lettres moulées <span style="float: right;">Titre</span>

Et j’ai signé à _____ ce _____ jour de _____ 20 _____	Affirmé solennellement devant moi, à _____ ce _____ jour de _____ 20 _____
Signature : _____	Signature : _____
_____ Nom en lettres moulées	_____ Nom en lettres moulées <span style="float: right;">Titre</span>

Et j’ai signé à _____ ce _____ jour de _____ 20 _____	Affirmé solennellement devant moi, à _____ ce _____ jour de _____ 20 _____
Signature : _____	Signature : _____
_____ Nom en lettres moulées	_____ Nom en lettres moulées <span style="float: right;">Titre</span>

Et j’ai signé à _____ ce _____ jour de _____ 20 _____	Affirmé solennellement devant moi, à _____ ce _____ jour de _____ 20 _____
Signature : _____	Signature : _____
_____ Nom en lettres moulées	_____ Nom en lettres moulées <span style="float: right;">Titre</span>