



ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC  
*Présent pour vous.*

**Objet : Déménagement d'une pharmacie**

Madame, Monsieur,

Veillez trouver ci-joint la déclaration sous serment concernant le déménagement d'une pharmacie.

Pour procéder à l'inscription sur nos registres, tous les pharmaciens propriétaires doivent remplir la déclaration sous serment et retourner l'original, accompagné d'une copie de votre bail et/ou de votre sous-bail, à l'attention du service de l'inscription, dans un délai compris entre 30 et 90 jours précédant le déménagement, au sens de l'article 32 de la *Loi sur la pharmacie*. Lorsque nous aurons reçu la déclaration, 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 relative à 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*



## DÉCLARATION SOUS SERMENT DE DÉMÉNAGEMENT

Veillez compléter la section 1 ou la section 2 selon le cas.

### Section 1 (si applicable)

#### 1. IDENTIFICATION DU OU DES PHARMACIENS PROPRIÉTAIRES

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.

### Section 2 (si tenue par une société)

Nom de la société : \_\_\_\_\_

Veillez cocher la case correspondant à votre situation : SENC  SENCRL  SPA

#### 2. IDENTIFICATION DE LA PHARMACIE

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

Que je ou nous entendons déménager notre pharmacie :

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

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

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

Date de déménagement : \_\_\_\_\_

## 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(ne) propriétaire doit signer en présence d'un commissaire à l'assermentation.**

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

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

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