



ORDRE DES **PHARMACIENS** DU QUÉBEC

Présent pour vous

Objet : Dissociation suivie d'une nouvelle association d'un pharmacien propriétaire ou d'un changement d'actionnaire(s)

Madame, Monsieur,

Veillez trouver ci-joint la déclaration sous serment concernant une transaction de dissociation suivie d'une association d'un ou de plusieurs pharmaciens à une pharmacie.

Pour procéder à l'inscription sur nos registres, tous les pharmaciens propriétaires concernés dans la transaction 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 rapidement 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 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.

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

**DÉCLARATION SOUS SERMENT DE DISSOCIATION
SUIVI D'UNE ASSOCIATION
OU
VENTE À UN NOUVEL ACTIONNAIRE**

Je (Nous) soussigné(s), **vendeur(s) (CES PHARMACIENS NE DÉTIENDRONT PLUS DE PARTS SOCIALES OU D' ACTIONS)**

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)

DATE DE LA TRANSACTION : _____

(Nouvel associé ou Actionnaire)

Nom, prénom : _____ no de permis : _____

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

(Si nécessaire, compléter au verso)

Pour la pharmacie suivante :

**Adresse de la
pharmacie :**

_____ Ville Code postal
No civique et nom de rue
(Si plus d'une pharmacie remplir une nouvelle déclaration sous serment)

NOMS DE TOUS LES PROPRIÉTAIRES ACTUELS (Suite à la transaction)

Nom, prénom : _____ Nom, prénom : _____

Nom, prénom : _____ Nom, prénom : _____

Nom, prénom : _____ Nom, prénom : _____

(Si nécessaire, compléter au verso)

***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 : _____

PROPRIÉTAIRE(S) ACTUEL(S) SEULEMENT (suite à l'association)

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 LIEUX D'EXERCICE PRINCIPAL

SIGNATURE DU (DES) PROPRIÉTAIRE (S) :

(si plusieurs personnes utilisez le verso)

ANCIENS PROPRIÉTAIRES SEULEMENT (suite à la dissociation)

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 LIEUX D'EXERCICE PRINCIPAL

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

(si plusieurs personnes utilisez le verso)

TOUT(E) PHARMACIEN(NE) 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.

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.