



ORDRE DES **PHARMACIENS** DU QUÉBEC

Présent pour vous

Objet : Fermeture de pharmacie

Madame, Monsieur,

Veillez trouver ci-joint les documents nécessaires à la fermeture de votre pharmacie.

Nous vous rappelons que vous devez effectuer un inventaire des stupéfiants, des drogues et des substances contrôlées, dans les 10 jours suivant la fermeture de votre pharmacie et envoyer une copie au Bureau des substances contrôlées à l'adresse suivante :

Santé Canada
Bureau des substances contrôlées
AL/IA 3502B
Ottawa (Ontario) K1A 1B9

Pour procéder à l'inscription sur nos registres, tous les pharmaciens propriétaires doivent remplir les documents énumérés ci-dessous et les retourner à l'attention du service de l'inscription, dans un délai compris entre 30 et 90 jours précédant la fermeture, au sens de l'article 32 de la *Loi sur la pharmacie* :

- La déclaration sous serment de fermeture;
- La formule A, destinée au vendeur, et la formule B, destinée au preneur, portant sur la disposition des médicaments autres que les stupéfiants, les drogues et les substances contrôlées;
- Une copie de la lettre envoyée au Bureau des substances contrôlées (à la prise d'inventaire);
- La déclaration du preneur.

Lorsque nous aurons reçu ces documents, nous informerons la RAMQ ainsi que l'AQPP.

Si la date de fermeture devait changer, veuillez nous en aviser le plus tôt possible par télécopieur au 514-788-9546.

Veillez également prendre note qu'il vous sera impossible de facturer la RAMQ à compter de la date indiquée sur votre déclaration sous serment.

Afin de vous aider dans vos démarches, nous vous invitons à vous référer au *Règlement sur la disposition des médicaments et des poisons à la suite de la fermeture définitive d'une pharmacie*, disponible sous Lois et Règlements / Loi sur la pharmacie et ses règlements de notre site Internet. Pour toute question, 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 FERMETURE

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)

DATE DE LA FERMETURE : _____

**Adresse de la
pharmacie :** _____

No civique et nom de rue Ville Code postal

que je ou nous avons avisé par écrit le « Bureau des substances contrôlées » de cette décision et de la disposition des stupéfiants, drogues contrôlées et substances ciblées en inventaire et je ou nous joignons sous pli une copie de cet avis que je ou nous lui avons envoyé. (en vertu de l'article 2.01 a) et b) du Règlement concernant la fermeture définitive d'une pharmacie).

Que je ou nous entendons disposer des médicaments y compris les stupéfiants, drogues contrôlées et substances ciblées, de la façon suivante :

VEUILLEZ JOINDRE LES FORMULES « A » ET « B » À LA PRÉSENTE

Et j'ai ou nous avons signé à :

_____, à _____

ce _____ jour de _____

Signature

Prénom et nom en lettres moulées

Signature(s)

(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)

Selon le Règlement numéro 9, je vous avise par la présente que j'entends ou nous entendons transférer les registres d'ordonnances et dossiers à la pharmacie suivante :

**Adresse de la
pharmacie :** _____

No civique et nom de rue Ville Code postal

(L'acquéreur doit remplir le formulaire *Déclaration du preneur*)



ORDRE DES **PHARMACIENS** DU QUÉBEC

Présent pour vous

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

1. La pharmacie ci-dessus mentionnée portait le nom de : _____
2. S'il s'agit d'un cas de faillite ou de cessation de biens, indiquer le nom du syndic, du gardien provisoire ou du séquestre intérimaire :
Nom, prénom : _____ adresse : _____
ville : _____ code postal : _____ téléphone : _____

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.



ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC

Présent pour vous

FORMULE « A »

REMISE DES MÉDICAMENTS, AUTRES QUE DES STUPÉFIANTS, DES DROGUES CONTRÔLÉES ET SUBSTANCES CIBLÉES, PAR UN PHARMACIEN FERMANT DÉFINITIVEMENT SA PHARMACIE À UNE PERSONNE AUTORISÉE

Je ou nous soussigné(e)s,

Nom, prénom : _____ no de permis : _____
Nom, prénom : _____ no de permis : _____
Nom, prénom : _____ no de permis : _____
Nom, prénom : _____ no de permis : _____
Nom, prénom : _____ no de permis : _____

pharmacien(ne)s exerçant sa ou leur profession au :

Numéro civique : _____ rue : _____
ville : _____ code postal : _____ téléphone : _____

(adresse de la pharmacie qui sera fermée)

DONNE AVIS AU SECRÉTAIRE DE L'ORDRE QUE LE : _____
(jour) (mois) (année)

J'AI OU NOUS AVONS CONCLU UNE ENTENTE AVEC :

Nom, prénom : _____ No de permis : _____
Nom, prénom : _____ No de permis : _____
Nom, prénom : _____ No de permis : _____
Nom, prénom : _____ No de permis : _____
Nom, prénom : _____ No de permis : _____

pharmacien(ne)s exerçant sa ou leur profession au :

Numéro civique : _____ rue : _____
ville : _____ code postal : _____ téléphone : _____

(adresse de la pharmacie où sont transférés les médicaments)

OU, DANS LE CAS D'UN GROSSISTE, D'UN HÔPITAL, ETC., AVEC

Nom de la compagnie ou de l'institution : _____
Numéro civique : _____ rue : _____
ville : _____ code postal : _____ téléphone : _____

EN VUE DE DISPOSER DE TOUT OU PARTIE (**INDIQUER LE POURCENTAGE** _____ %) DES MÉDICAMENTS, AUTRES QUE DES STUPÉFIANTS, DES DROGUES CONTRÔLÉES ET DES SUBSTANCES CIBLÉES, EN MA OU NOTRE POSSESSION À LA DATE FIXÉE POUR LA FERMETURE DE MA OU NOTRE PHARMACIE.

JE OU NOUS CERTIFIONS QU'À MA OU NOTRE CONNAISSANCE, L'ACQUÉREUR MENTIONNÉ CI-HAUT EST AUTORISÉ PAR LA LOI À POSSÉDER ET À VENDRE LESDITS MÉDICAMENTS.

Date : _____ **Signatures :** _____



ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC

Présent pour vous

FORMULE « B »

ACQUISITION PAR UNE PERSONNE AUTORISÉE, DES MÉDICAMENTS, AUTRES QUE DES STUPÉFIANTS, DES DROGUES CONTRÔLÉES ET SUBSTANCES CIBLÉES, D'UN PHARMACIEN FERMANT DÉFINITIVEMENT SA PHARMACIE

Je ou nous soussigné(e)s,

Nom, prénom : _____ no de permis : _____
Nom, prénom : _____ no de permis : _____
Nom, prénom : _____ no de permis : _____
Nom, prénom : _____ no de permis : _____
Nom, prénom : _____ no de permis : _____

pharmacien(ne)s exerçant sa ou leur profession au :

Numéro civique : _____ rue : _____
ville : _____ code postal : _____ téléphone : _____
(adresse de la pharmacie où sont transférés les médicaments)

ou dans le cas d'un grossiste, d'un hôpital, etc,

Nom de la compagnie ou de l'institution : _____
Numéro civique : _____ rue : _____
ville : _____ code postal : _____ téléphone : _____

DÉCLARE OU DÉCLARONS PAR LES PRÉSENTES AVOIR CONCLU UNE ENTENTE AVEC :

Nom, prénom : _____ no de permis : _____
Nom, prénom : _____ no de permis : _____
Nom, prénom : _____ no de permis : _____
Nom, prénom : _____ no de permis : _____
Nom, prénom : _____ no de permis : _____

pharmacien(ne)s exerçant sa ou leur profession au :

Numéro civique : _____ rue : _____
ville : _____ code postal : _____ téléphone : _____
(adresse de la pharmacie qui sera fermée)

EN VUE D'ACQUÉRIR TOUT OU PARTIE (**INDIQUER LE POURCENTAGE** _____ %) DES MÉDICAMENTS, AUTRES QUE DES STUPÉFIANTS, DES DROGUES CONTRÔLÉES ET DES SUBSTANCES CIBLÉES, EN LA POSSESSION DU VENDEUR POUR LA FERMETURE DE SA PHARMACIE.

JE OU NOUS CERTIFIONS ÊTRE UNE OU DES PERSONNES AUTORISÉES PAR LA LOI À POSSÉDER ET À VENDRE LESDITS MÉDICAMENTS.

Date : _____ **Signatures :** _____



ORDRE DES **PHARMACIENS** DU QUÉBEC

Présent pour vous

FERMETURE DE PHARMACIE DÉCLARATION DU PRENEUR

Je ou nous soussigné(e)s, le(s) preneur(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)

1. Pharmacien(s) propriétaire(s) à la pharmacie située au :

numéro civique : _____ rue : _____

ville : _____ code postal : _____ téléphone : () _____

Le (date précise) : _____

Je m'engage, nous engageons à prendre possession des **dossiers, livres et registres du pharmacien**

(prénom et nom) _____ **cessant d'exercer** à la pharmacie située au :

numéro civique : _____ rue : _____

ville : _____ code postal : _____ téléphone : () _____

SIGNATURES DU OU DES PRENEURS



ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC

Présent pour vous

c. P-10, r.10

Règlement sur la disposition des médicaments et des poisons à la suite de la fermeture définitive d'une pharmacie

Loi sur la pharmacie

(L.R.Q., c. P-10)

Code des professions

(L.R.Q., c. C-26)

SECTION I

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1.01. Dans le présent règlement, à moins que le contexte n'indique un sens différent, les termes suivants désignent respectivement:

- a) «pharmacie»: l'endroit où un pharmacien exerce sa profession conformément à l'article 17 de la Loi sur la pharmacie (L.R.Q., c. P-10);
- b) «stupéfiant»: un stupéfiant au sens de la Loi sur les stupéfiants (L.R.C. (1985), c. N-1);
- c) «drogue contrôlée»: une drogue contrôlée au sens de la partie III de la Loi des aliments et drogues (L.R.C. (1985), c. F-27).

R.R.Q., 1981, c. P-10, r. 10, a. 1.01.

1.02. La Loi d'interprétation (L.R.Q., c. I-16), avec ses modifications présentes et futures, s'applique au présent règlement.

R.R.Q., 1981, c. P-10, r. 10, a. 1.02.

SECTION II

PROCÉDURE À SUIVRE POUR LA DISPOSITION DES MÉDICAMENTS ET DES POISONS

2.01. Toute personne qui ferme définitivement une pharmacie doit, en même temps qu'elle avise le secrétaire de l'Ordre des pharmaciens du Québec conformément à l'article 32 de la Loi sur la pharmacie, faire parvenir à celui-ci une déclaration sous sa signature et dûment assermentée dans laquelle elle indique:

- a) que le Bureau des drogues dangereuses a été avisé par écrit de sa décision de fermer définitivement sa pharmacie et que copie de cet écrit y est jointe; et
- b) la procédure qu'elle entend suivre pour la disposition des médicaments et des poisons, y compris les stupéfiants et les drogues contrôlées, en sa possession à ce moment-là.

R.R.Q., 1981, c. P-10, r. 10, a. 2.01.

2.02. 1. Lorsque la personne visée à l'article 2.01 a trouvé preneur pour tout ou partie de ses médicaments et poisons autres que des stupéfiants et des drogues contrôlées, elle doit remplir la formule A et faire remplir par le preneur la formule B, et les faire parvenir au secrétaire de l'Ordre au même moment qu'elle lui remet la déclaration mentionnée à l'article 2.01, si la transaction a eu lieu à l'intérieur des délais prescrits à l'article 32 de la Loi sur la pharmacie.

2. Lorsqu'il y a plus d'une vente pour disposer de ces médicaments et poisons, chacune de ces ventes doit faire l'objet d'une formule distincte.

R.R.Q., 1981, c. P-10, r. 10, a. 2.02.

2.03. 1. Lorsque la personne visée à l'article 2.01 n'a pas trouvé preneur pour tout ou partie de ses médicaments et poisons autres que des stupéfiants et des drogues contrôlées, 30 jours avant la date fixée pour la fermeture définitive de sa pharmacie, elle doit immédiatement aviser le secrétaire de l'Ordre:

- a) qu'elle n'a pas trouvé preneur pour ces médicaments et poisons; et
- b) qu'elle demande que le syndic prenne les dispositions nécessaires pour en disposer; ou
- c) qu'elle demande la visite d'un membre du comité d'inspection professionnelle pour que ces médicaments et poisons soient détruits en la présence de ce dernier et d'elle-même ou de son représentant.

2. À défaut par la personne visée à l'article 2.01 d'aviser le secrétaire de l'Ordre conformément au sous-paragraphe a du paragraphe 1 ou de demander l'application de l'une ou l'autre des mesures mentionnées aux sous-paragraphe b et c du paragraphe 1 dans le délai prescrit, le secrétaire de l'Ordre doit voir à ce qu'on dispose de ces médicaments et poisons selon l'un des moyens proposés aux sous-paragraphe b et c du paragraphe 1.

R.R.Q., 1981, c. P-10, r. 10, a. 2.03.