



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 cette inscription sur nos registres, le ou les pharmaciens vendeur(s) doit remplir la déclaration sous serment et retourner à l'Ordre des pharmaciens du Québec aux soins du Service de l'inscription, l'original assermenté, au plus tard à la date de la vente de la pharmacie, au sens de l'article 32 de la *Loi sur la pharmacie*. À la réception par l'Ordre de ces documents dûment complétés nous aviserons la RAMQ, ainsi que l'AQPP.

Nous devons attendre de recevoir la déclaration du ou des pharmaciens vendeur(s) ainsi que celle du ou des pharmaciens acheteur(s) à nos bureaux afin de terminer l'inscription.

Pour toutes questions relatives à la RAMQ, contactez le Centre de support aux pharmaciens au 418 643-9025 (sans frais 1 888 883-7427). Concernant l'AQPP vous pouvez les rejoindre directement par téléphone au 514-254-0676 (sans frais 1 800 361-7765). Pour toutes questions relatives aux déclarations sous serment, veuillez communiquer avec nous par courriel à Pharmacie.societe@opq.org. **SI LA TRANSACTION DEVAIT ÊTRE RETARDÉE OU DEVANCÉE, VOUS DEVEZ NOUS AVISER LE PLUS TÔT POSSIBLE.**

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, nos salutations distinguées.

L'équipe de l'inscription



ORDRE DES **PHARMACIENS** DU QUÉBEC

Présent pour vous

DÉCLARATION SOUS SERMENT DE VENTE DE PHARMACIE

Remplir section I ou section II selon le cas

Section I (si les vendeurs ne sont pas une société)

1. IDENTIFICATION DU OU DES VENDEURS

A. Nom : _____ Numéro de permis : _____

Résidence : _____
Ville _____ Code postal _____

B. Nom : _____ Numéro de permis : _____

Résidence : _____
Ville _____ Code postal _____

C. Nom : _____ Numéro de permis : _____

Résidence : _____
Ville _____ Code postal _____

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

Section II (si le vendeur est une société)

Spécifier si une des situations suivantes s'applique : S.E.N.C. S.E.N.C.R.L. S.P.A.

Nom de la société : _____

Date de la vente de la pharmacie : _____
jj / mm / aa

2. IDENTIFICATION DE LA PHARMACIE

Spécifier si une des situations suivantes s'applique : S.E.N.C. S.E.N.C.R.L. S.P.A.

Nom de la pharmacie : _____

Adresse : _____

Numéro civique et nom de la rue

Ville

Code postal

Numéro de téléphone

Numéro de télécopieur

ALERTE

Que nous vendons la pharmacie à : (utilisez la partie nom des pharmaciens ou nom de la société (selon le cas))

Nom des pharmaciens :

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Nom de la société : _____

Spécifier si une des situations suivantes s'applique : S.E.N.C. S.E.N.C.R.L. S.P.A.

Article 32 sur la Loi sur la pharmacie

1. Toute personne qui ouvre, acquiert, vend, ferme définitivement ou déménage une pharmacie doit envoyer au secrétaire de l'Ordre, par lettre recommandée ou certifiée, une copie de son titre ou de son bail et une déclaration sous sa signature mentionnant ses nom, prénom, qualité et résidence, la date de l'ouverture, de l'acquisition, de la vente, de la fermeture ou du déménagement de cette pharmacie, et l'endroit où elle est située. Dans le cas d'un déménagement, elle doit également indiquer l'endroit où la pharmacie sera située. Cette déclaration doit être faite:

a) dans le cas de l'ouverture, de la fermeture ou du déménagement d'une pharmacie, au moins 30 jours mais pas plus de 90 jours avant cette ouverture, cette fermeture ou ce déménagement;

b) dans le cas de l'acquisition ou de la vente d'une pharmacie, au plus tard à la date de la prise de possession de celle-ci.

Déclaration pour société.

2. Dans le cas d'une société, la déclaration doit contenir les nom, qualité et résidence de chacun des associés ou actionnaires. Une pareille déclaration doit être faite et remise au secrétaire, dans un délai de trente jours, chaque fois qu'il survient quelque changement dans les noms des associés ou actionnaires.

Serment.

3. Ces déclarations doivent être appuyées d'un serment devant un commissaire à l'assermentation qui doit mentionner lisiblement ses nom et résidence.



3. IDENTIFICATION DU STATUT PROFESSIONNEL DE CHAQUE PHARMACIEN VENDEUR¹

A. Nom : _____ Numéro. de permis : _____

Choisissez-vous un nouveau lieu d'exercice principal ?

Oui

Non

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

Nom de la pharmacie : _____

Adresse : _____ **Code postal :** _____

B. Nom : _____ Numéro de permis : _____

Choisissez-vous un nouveau lieu d'exercice principal ?

Oui

Non

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

Nom de la pharmacie : _____

Adresse : _____ **Code postal :** _____

C. Nom : _____ Numéro de permis : _____

Choisissez-vous un nouveau lieu d'exercice principal ?

Oui

Non

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

Nom de la pharmacie : _____

Adresse : _____ **Code postal :** _____

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

2. 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

Il doit également aviser le secrétaire de tout changement à ce sujet, dans les 30 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 30 jours de ce changement. Article 60 du Code des professions.



4. ASSERMENTATION SOLENNELLE

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 du secrétaire-trésorier d'une municipalité.

Cochez si vous utilisez une feuille supplémentaire pour des ajouts.

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

<i>Et j'ai signé à</i> _____ <i>ce</i> _____ <i>jour de</i> _____ <i>20</i> _____ <i>Signature :</i> _____ _____ <i>Nom en lettres moulées</i>	<i>Affirmé solennellement devant moi, à</i> _____ <i>ce</i> _____ <i>jour de</i> _____ <i>20</i> _____ <i>Signature :</i> _____ _____ <i>Nom en lettres moulées</i> <i>Titre</i>
--	---

<i>Et j'ai signé à</i> _____ <i>ce</i> _____ <i>jour de</i> _____ <i>20</i> _____ <i>Signature :</i> _____ _____ <i>Nom en lettres moulées</i>	<i>Affirmé solennellement devant moi, à</i> _____ <i>ce</i> _____ <i>jour de</i> _____ <i>20</i> _____ <i>Signature :</i> _____ _____ <i>Nom en lettres moulées</i> <i>Titre</i>
--	---

<i>Et j'ai signé à</i> _____ <i>ce</i> _____ <i>jour de</i> _____ <i>20</i> _____ <i>Signature :</i> _____ _____ <i>Nom en lettres moulées</i>	<i>Affirmé solennellement devant moi, à</i> _____ <i>ce</i> _____ <i>jour de</i> _____ <i>20</i> _____ <i>Signature :</i> _____ _____ <i>Nom en lettres moulées</i> <i>Titre</i>
--	---

Dernière révision le 2012-10-23