



ORDRE DES **PHARMACIENS** DU QUÉBEC

*Présent pour vous*

## **OBJET : OUVERTURE DE PHARMACIE**

Madame, Monsieur,

Veillez trouver ci-joint la déclaration sous serment concernant une transaction d'ouverture de pharmacie.

Pour procéder à cette inscription sur nos registres, le ou les pharmaciens propriétaires doivent 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 moins 30 jours mais pas plus de 90 jours avant cette ouverture, au sens de l'article 32 de la *Loi sur la pharmacie*. De plus, vous devrez fournir une copie du **bail, du lieu où est aménagée la pharmacie ainsi que toute entente ayant pour effet de transférer en tout (cession de bail) ou en partie ses droits et obligations de locataire, ou bien** fournir à l'Ordre un titre de propriété.

À la réception par l'Ordre de ces documents dûment complétés nous aviserons la RAMQ, ainsi que l'AQPP.

En accord avec le *Règlement sur certains contrats que peuvent conclure les pharmaciens dans l'exercice de leur profession* en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2011. Voici les éléments que l'on doit retrouver sur le bail et/ou le sous-bail (officine) :

1. le nom des parties, et le cas échéant, celui du propriétaire de l'immeuble et de toute autre personne ayant un droit d'occupation de la pharmacie ;
2. le loyer convenu, de même que tous les autres frais exigés pour la location ;
3. sa durée et, le cas échéant, celle de toute période de renouvellement ;
4. l'adresse des lieux loués ;
5. tout intérêt direct ou indirect que peut avoir dans ce contrat une personne autorisée à prescrire ;
6. la superficie louée aux fins de l'aménagement de la pharmacie, ainsi que la superficie de tout autre espace, commun ou exclusif loué aux fins des opérations de la pharmacie ;
7. les modalités d'accès à la pharmacie consenties aux tiers autres que les patients ou clients.

Vous devrez également nous faire parvenir toute contre-lettre, le cas échéant.

En vertu du régime général d'assurance-médicaments (loi 33), vous devrez, **COMPLÉTER ET RETOURNER À LA RAMQ DANS LES QUARANTE-HUIT (48) HEURES OUVRABLES PRÉCÉDANT L'OUVERTURE** de votre pharmacie, le formulaire 3622. Vous pouvez récupérer ce document sur le (site Internet de l'Ordre : [www.opq.org](http://www.opq.org)) « Demande d'autorisation de transmettre un relevé d'honoraires ou une demande de paiement au moyen d'un support informatique ou par télécommunication » et l'expédier directement à l'adresse indiquée sur le formulaire. 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 téléphone au 514 284-9588, (sans frais 1 800 383-0324), ou par courriel à [Pharmacie.societe@opq.org](mailto: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 D'OUVERTURE DE PHARMACIE

### 1. IDENTIFICATION DU OU DES PHARMACIENS PROPRIÉTAIRES<sup>1</sup>

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, faire des copies du formulaire.

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

2.1 La pharmacie opérera sous le nom suivant : \_\_\_\_\_

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

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

Numéro de téléphone \_\_\_\_\_ Numéro de télécopieur \_\_\_\_\_  
**ALERTE**

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

**DATE D'OUVERTURE :** \_\_\_\_\_

1. 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.

2. 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.

### 3. IDENTIFICATION DU STATUT PROFESSIONNEL DU OU DES PHARMACIENS<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 :** \_\_\_\_\_

3. 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



#### 4. ASSERMENTATION SOLENNELLE

JE DÉCLARE AVOIR LU LE *RÈGLEMENT SUR LA TENUE DES PHARMACIES* ET M'Y CONFORMER

**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> <span style="float: right;"><i>Titre</i></span>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<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> <span style="float: right;"><i>Titre</i></span>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<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> <span style="float: right;"><i>Titre</i></span>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**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.

*Dernière révision le 2014-07-07*