



ORDRE DES **PHARMACIENS** DU QUÉBEC

Présent pour vous

OBJET : DISSOCIATION D'UN PHARMACIEN PROPRIÉTAIRE OU RETRAIT D'ACTIONNAIRE(S)

Madame, Monsieur,

Veillez trouver ci-joint la déclaration sous serment concernant une transaction de dissociation de pharmacien(s) à une pharmacie.

Pour procéder à cette inscription sur nos registres, tous les pharmaciens propriétaires associés / actionnaires 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, dans un délai de 30 jours 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.

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.**

En accord avec le *Règlement sur certains contrats que peuvent conclure les pharmaciens dans l'exercice de leur profession* en vigueur depuis le 1^{er} 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.

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 DISSOCIATION OU RETRAIT D'ACTIONNAIRE(S)

1. IDENTIFICATION DE LA PHARMACIE (avant la transaction)

Nom de la pharmacie : _____

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

Si plus d'espace est requis, faire des copies des pages du formulaire au besoin.

2. IDENTIFICATION DU OU DES PHARMACIENS PROPRIÉTAIRES ASSOCIÉS/ACTIONNAIRES QUI **SE DISSOCIENT OU SE RETIRENT**

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

- DATE ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA TRANSACTION _____

N.B. L'Ordre des pharmaciens du Québec considère qu'il survient un « *quelque changement dans les noms des associés ou actionnaires* » au sens de l'article 32 de la *Loi sur la pharmacie*, lorsque les parties décident de contracter ensemble, c'est-à-dire lorsque survient l'entente entre les parties, que cette date soit ou non différente de celle où les documents relatifs à l'entente ont été signés.

3. NOMS DE TOUS LES PHARMACIENS PROPRIÉTAIRES ASSOCIÉS/ACTIONNAIRES (après la transaction)

Nom en lettres moulées Numéro de permis

Nom en lettres moulées Numéro de permis

Nom en lettres moulées Numéro de permis

Nom en lettres moulées Numéro de permis

Nom en lettres moulées Numéro de permis

Nom en lettres moulées Numéro de permis

Nom en lettres moulées Numéro de permis

Nom en lettres moulées Numéro de permis

4. INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES (si des changements sont survenus)

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. Article 25 sur la *Loi sur la pharmacie*

4.1 La pharmacie opèrera sous le nom de : _____

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

4.2 Bannière (s'il y a lieu) : _____

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 ou enseigne doit indiquer le nom de tous les associés, ou de certains d'entre eux, suivi des mots «et associé(e)s».

Toutefois, lorsque la pharmacie est la propriété d'une société en nom collectif à responsabilité limitée ou d'une société par actions, cette affiche ou enseigne doit indiquer le nom de cette société.

L'affiche ou l'enseigne visée au présent article peut également être placée à l'extérieur de la pharmacie. Article 13 sur la *Tenue de la pharmacie*



5. IDENTIFICATION DU STATUT PROFESSIONNEL DE CHAQUE PHARMACIEN (compris dans la transaction)

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*.

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 choisi :

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 choisi :

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 choisi :

Nom de la pharmacie : _____

Adresse : _____ **Code postal :** _____



6. ASSERMENTATION SOLENNELLE DE TOUS LES PHARMACIENS (compris dans la transaction)

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.

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

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

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

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

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

Dernière mise à jour le 2013-03-14