



ORDRE DES **PHARMACIENS** DU QUÉBEC

Présent pour vous

DECLARATION SOUS SERMENT DE DISSOCIATION SUIVIE D'UNE ASSOCIATION OU AJOUT/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

- **DATE ENTREE 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.

2. INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES (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*

2.1 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.

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*

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

3. IDENTIFICATION DU OU DES PHARMACIENS PROPRIETAIRES ASSOCIES/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

4. IDENTIFICATION DU OU DES PHARMACIENS PROPRIETAIRES ASSOCIES/ACTIONNAIRES QUI **S'AJOUTENT**

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



5. NOMS DE TOUS LES PHARMACIENS PROPRIETAIRES ASSOCIES/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

6. IDENTIFICATION DU STATUT PROFESSIONNEL DE TOUS LES PHARMACIENS (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.*

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

A. Nom : _____ Numéro. de permis : _____

Désirez-vous que cette pharmacie 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 :** _____

(suite à la page suivante)



B. Nom : _____ Numéro de permis : _____

Désirez-vous que cette pharmacie 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 cette pharmacie 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 :** _____

D. Nom : _____ Numéro de permis : _____

Désirez-vous que cette pharmacie 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 :** _____

E. Nom : _____ Numéro de permis : _____

Désirez-vous que cette pharmacie 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 :** _____



7. 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) propriétaire doit signer en présence d'un commissaire à l'assermentation.

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

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

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

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

Dernière mise à jour le 2013-03-14

