



ORDRE DES **PHARMACIENS** DU QUÉBEC

Présent pour vous

OBJET : FERMETURE DE PHARMACIE

Madame, Monsieur,

Veillez prendre note qu'à la date de fermeture indiquée sur votre déclaration sous serment, IL VOUS SERA IMPOSSIBLE DE FACTURER LA RAMQ À PARTIR DE CETTE JOURNÉE.

Tous les pharmaciens propriétaires doivent fournir les documents suivants à l'Ordre **dûment complétés** :

- 1) La déclaration sous serment de fermeture de pharmacie;
- 2) Les formules « A » (vendeur) et « B » (acquéreur) portant sur la disposition des médicaments autres que les stupéfiants, les drogues et les substances contrôlées;
- 3) La déclaration du preneur (le pharmacien prenant possession des dossiers patients);
- 4) Une copie de la lettre que vous devez adresser au Bureau des substances contrôlées les avisant de la disposition des stupéfiants, des drogues et des substances contrôlées, ainsi que la procédure que vous entendez suivre pour la disposition des médicaments et des poisons, y compris les stupéfiants et les drogues contrôlées, en votre possession à ce moment.**

(Un inventaire doit être fait dans les 10 jours suivant la fermeture de votre pharmacie et joint à la lettre adressée à : **Santé Canada, Bureau des substances contrôlées I.A. 0300B, 150 Promenade Tunney's Pasture, Pré Tunney, OTTAWA ON K1A 0B9.**)

Pour procéder à l'inscription à nos registres, **vous devez retourner la déclaration sous serment originale dûment complétée et assermentée, accompagnée des autres documents mentionnés ci-dessus**, au moins 30 jours mais pas plus de 90 jours avant la fermeture, au sens de la *Loi sur la pharmacie*, à l'article 32, à l'Ordre des pharmaciens du Québec aux soins du Service de l'inscription. À la réception par l'Ordre de ces documents dûment complétés nous aviserons la RAMQ, ainsi que l'AQPP.

Pour votre information et afin de vous aider dans votre démarche, veuillez vous référer au site de l'Ordre afin de consulter le **Règlement sur la disposition des médicaments et des poisons à la suite de la fermeture définitive d'une pharmacie**.

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 Santé Canada, Bureau des substances contrôlées (sans frais 1-866-569-2560). 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 EVANCÉE, 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 FERMETURE DE PHARMACIE

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.

1. IDENTIFICATION DU OU DES PHARMACIENS PROPRIÉTAIRES

A. Nom : _____ Numéro de permis : _____
(en lettres moulées)

Domicilié(e) au : _____
Numéro civique et nom de rue Ville Code postal

B. Nom : _____ Numéro de permis : _____
(en lettres moulées)

Domicilié(e) au : _____
Numéro civique et nom de rue Ville Code postal

C. Nom : _____ Numéro de permis : _____
(en lettres moulées)

Domicilié(e) au : _____
Numéro civique et nom de rue Ville Code postal

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

2. IDENTIFICATION DE LA PHARMACIE

Nom de la pharmacie : _____

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

Numéro de téléphone

Numéro de télécopieur

ALERTE

DATE DE FERMETURE : _____

**Veillez prendre note de la date de fermeture inscrite sur votre déclaration sous serment;
IL VOUS SERA IMPOSSIBLE DE FACTURER LA RAMQ À COMPTER DE CETTE DATE.**

3. INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

Que je ou nous avons avisé par écrit le « Bureau des drogues dangereuses » de la décision de fermer définitivement ma/notre pharmacie et la procédure que j'entends ou nous entendons suivre pour disposer des médicaments et des poisons en inventaire, y compris les stupéfiants et les drogues contrôlées en ma ou notre possession. Je ou nous joignons sous pli une copie de cet avis que nous avons envoyé au Bureau des drogues dangereuses. *En vertu de l'article 2.01 a) et b) du Règlement sur la disposition des médicaments et des poisons à la suite de la fermeture définitive d'une pharmacie.*

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

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

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

Nom de la pharmacie : _____

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

Numéro de téléphone Numéro de télécopieur
ALERTE

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

a) La pharmacie qui doit fermer porte le nom de :

b) S'il s'agit d'un cas de faillite ou de cessation de biens, indiquez le nom du syndic, du gardien provisoire ou du séquestre intérimaire :

Nom : _____ Numéro de permis : _____

Domicilié(e) au : _____
Numéro civique et nom de rue Ville Code postal



4. IDENTIFICATION DU STATUT PROFESSIONNEL DE CHAQUE PHARMACIEN PROPRIÉTAIRE¹

1. 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 : _____ No. de permis : _____

Veillez nous indiquer le nom et l'adresse du lieu d'exercice principal élu :

Nom de la pharmacie : _____

Adresse : _____ Code postal : _____

B. Nom : _____ No. de permis : _____

Veillez nous indiquer le nom et l'adresse du lieu d'exercice principal élu :

Nom de la pharmacie : _____

Adresse : _____ Code postal : _____

C. Nom : _____ No. de permis : _____

Veillez nous indiquer le nom et l'adresse du lieu d'exercice principal élu :

Nom de la pharmacie : _____

Adresse : _____ Code postal : _____



5. ASSERMENTATION

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>
---	--

<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>
---	--



FORMULE « A » (à remplir par le ou les pharmaciens vendeurs)

PAR UN PHARMACIEN FERMANT DÉFINITIVEMENT SA PHARMACIE :
REMISE DES MÉDICAMENTS ET POISONS, AUTRES QUE DES STUPÉFIANTS ET LES DROGUES CONTRÔLÉES, À UNE PERSONNE
AUTORISÉE.

JE OU NOUS LES PROPRIÉTAIRES DE LA PHARMACIE À FERMER :

A. Nom : _____ Numéro de permis : _____
(en lettres moulées)

B. Nom : _____ Numéro de permis : _____
(en lettres moulées)

C. Nom : _____ Numéro de permis : _____
(en lettres moulées)

Adresse de la pharmacie à fermer

Numéro civique et nom de la rue Ville Code postal

Numéro de téléphone

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

DÉCLARE OU DÉCLARONS PAR LA PRÉSENTE AVOIR CONCLU UNE ENTENTE AVEC :

A. Nom : _____ Numéro de permis : _____
(en lettres moulées)

B. Nom : _____ Numéro de permis : _____
(en lettres moulées)

C. Nom : _____ Numéro de permis : _____
(en lettres moulées)

Adresse de la pharmacie où sont transférés les médicaments

Numéro civique et nom de la rue Ville Code postal

Numéro de téléphone

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

Nom de la compagnie ou de l'Institution : _____

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

Numéro de téléphone

En vue de disposer de tout ou d'une 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-dessus est autorisé par la Loi à posséder et à vendre lesdits médicaments.

Date : _____

Signature(s) : _____



FORMULE « B » (à remplir par le ou les pharmaciens acquéreurs)

D'UN OU DES PHARMACIENS FERMANT DÉFINITIVEMENT LEUR PHARMACIE :
ACQUISITION PAR UNE PERSONNE AUTORISÉE, DES MÉDICAMENTS ET POISONS, AUTRES QUE DES STUPÉFIANTS ET DES DROGUES
CONTRÔLÉES

JE OU NOUS LES PROPRIÉTAIRES DE LA PHARMACIE OU SERONT TRANSFÉRÉS LES MÉDICAMENTS :

A. Nom : _____ Numéro de permis : _____
(en lettres moulées)

B. Nom : _____ Numéro de permis : _____
(en lettres moulées)

C. Nom : _____ Numéro de permis : _____
(en lettres moulées)

Adresse de la pharmacie où sont transférés les médicaments

Numéro civique et nom de la rue Ville Code postal

Numéro de téléphone

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

Nom de la compagnie ou de l'Institution : _____

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

Numéro de téléphone

DÉCLARE OU DÉCLARONS PAR LA PRESENTE AVOIR CONCLU UNE ENTENTE AVEC :

A. Nom : _____ Numéro de permis : _____
(en lettres moulées)

B. Nom : _____ Numéro de permis : _____
(en lettres moulées)

C. Nom : _____ Numéro de permis : _____
(en lettres moulées)

Adresse de la pharmacie à fermer

Numéro civique et nom de la rue Ville Code postal

Numéro de téléphone

En vue d'acquérir de tout ou d'une 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 ou leur pharmacie.

Je ou nous certifions être une ou des personnes autorisées par la Loi à posséder et à vendre lesdits médicaments.

Date : _____

Signature(s) : _____



DÉCLARATION DU PRENEUR

JE OU NOUS LE OU LES PHARMACIENS PRENEURS :

A. Nom : _____ Numéro de permis : _____
(en lettres moulées)

Domicilié(e) au : _____
Numéro civique et nom de rue Ville Code postal

B. Nom : _____ Numéro de permis : _____
(en lettres moulées)

Domicilié(e) au : _____
Numéro civique et nom de rue Ville Code postal

C. Nom : _____ Numéro de permis : _____
(en lettres moulées)

Domicilié(e) au : _____
Numéro civique et nom de rue Ville Code postal

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

PHARMACIEN(S) PRENEUR(S) EXERCANT SA OU LEUR PROFESSION AU :

Numéro civique et nom de la rue Ville Code postal

Numéro de téléphone

(Date précise) : Le, _____ je m'engage, nous nous engageons à prendre possession des **dossiers, livres et registres** de :

PHARMACIEN(S) VENDEUR(S) CESSANT D'EXERCER À LA PHARMACIE SITUÉE AU :

Numéro civique et nom de la rue Ville Code postal

Numéro de téléphone

PHARMACIEN(S) PRENEUR(S) :

Date : _____

Signature(s) : _____





AVIS DE CESSATION D'OPÉRATIONS D'UNE SOCIÉTÉ DE PHARMACIEN(S)

À la suite de la fermeture d'une pharmacie, une société n'est pas censée continuer d'exister si elle est inactive et ne poursuit pas des fins d'exercice de la pharmacie. (art. 4) De plus, « Le pharmacien ou le répondant doit sans délai aviser l'Ordre de la dissolution, de la cession de biens, de la faillite, de la liquidation volontaire ou forcée de la société ou de toute autre cause de nature à constituer un empêchement pour la société de poursuivre ses activités. » (art. 14) Veuillez remplir la section ci-dessous si votre pharmacie était opérée par une société (inc ou sencrl).

Nom de la société : _____

1. Dissolution
2. Cession de biens, faillite, liquidation volontaire ou forcée
3. Cause de nature à constituer un empêchement pour la société de poursuivre ses activités

Date de l'évènement : _____

Signature du répondant pour la société / l'actionnaire unique (selon le cas) Date _____

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-paragraphes 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
