



ORDRE DES **PHARMACIENS** DU QUÉBEC

*Présent pour vous*

## **OBJET: ACHAT D'UNE PHARMACIE**

Madame, Monsieur,

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

Pour procéder à cette inscription sur nos registres, le ou les pharmaciens acheteur(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 prise de possession, 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.**

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.

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

En vertu du régime général d'assurance-médicaments (loi 33), vous devez, **COMPLÉTER ET RETOURNER À LA RAMQ DANS LES QUARANTE-HUIT (48) HEURES OUVRABLES PRÉCÉDANT L'ACHAT** 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 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'ACHAT DE PHARMACIE

Compléter section I ou section II selon le cas

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

### 1. IDENTIFICATION DU OU DES ACHETEURS

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 l'acheteur 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 l'achat de la pharmacie : \_\_\_\_\_  
jj / mm / aa

Date de prise de possession (si différente de la date d'achat) : \_\_\_\_\_  
jj / mm / aa

## 2. IDENTIFICATION DE LA PHARMACIE (avant l'achat)

**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**

### 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. INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES<sup>1</sup>

3.1 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.

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

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. Article 25 sur la Loi sur la pharmacie.

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.

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 limités 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 sur la Tenue de la pharmacie.



## 4. IDENTIFICATION DU STATUT PROFESSIONNEL DE CHAQUE PHARMACIEN ACHETEUR<sup>2</sup>

A. Nom : \_\_\_\_\_ Numéro. de permis : \_\_\_\_\_

Cette nouvelle pharmacie deviendra-t-elle 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 : \_\_\_\_\_

Cette nouvelle pharmacie deviendra-t-elle 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 : \_\_\_\_\_

Cette nouvelle pharmacie deviendra-t-elle 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 :** \_\_\_\_\_

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*.**



## 5. 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> <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>
---	--

Dernière révision le 2012-01-18

