



**DÉCLARATION D'ACQUISITION DES MÉDICAMENTS ET DES POISONS,
AUTRES QUE DES STUPÉFIANTS, DES DROGUES CONTRÔLÉES ET DES
SUBSTANCES CIBLÉES**

1. IDENTIFICATION DU OU DES PHARMACIENS ET DE LA PHARMACIE ACQUÉREURS

Nom : _____

Numéro de permis : _____

Nom : _____

Numéro de permis : _____

Nom : _____

Numéro de permis : _____

Nom de la pharmacie : _____

No civique : _____

Rue : _____

Ville : _____

Province : _____

Code postal : _____

Numéro de téléphone : _____

2. IDENTIFICATION d'un grossiste, d'un hôpital etc. acquéreur le cas échéant :

Nom de la compagnie ou de l'institution : _____

Adresse : _____

No civique : _____

Rue : _____

Ville : _____

Province : _____

Code postal : _____

Téléphone : _____

3. DÉCLARATION

Je déclare ou nous déclarons par la présente avoir conclu une entente avec :

Nom de la pharmacie : _____

No civique : _____

Rue : _____

Ville : _____

Province : _____

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.

4. SIGNATURE(S)

Date : _____

Signature(s) du ou des acquéreur(s) : _____
