



DÉCLARATION PAR UN OU DES PHARMACIEN(S) PRENEUR(S) DES DOSSIERS, LIVRES ET REGISTRES D'UNE PHARMACIE

1. IDENTIFICATION DU OU DES PHARMACIENS ET DE LA PHARMACIE PRENEUR(S)

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. DÉCLARATION

Le, (date de fermeture de la pharmacie) _____, je m'engage, nous nous engageons à prendre possession des dossiers, livres et registres de :

Nom de la pharmacie qui ferme : _____

No civique : _____

Rue : _____

Ville : _____

Province : _____

Code postal : _____

Numéro de téléphone : _____

3. SIGNATURE(S)

Date : _____

Signature(s) du ou des pharmacien(s) preneur(s) : _____
