



ENREGISTREMENT D'UNE SUCCESSION DECLARATION REQUISE

1. IDENTIFICATION DU OU DE LA PHARMACIEN(NE) DÉCÉDÉ(E)

Nom : _____

Numéro de permis : _____

Date du décès : _____

2. IDENTIFICATION DE LA OU DES PHARMACIE(S)

Nom de la pharmacie : _____

No civique : _____

Rue : _____

Ville : _____

Province : _____

Code postal : _____

Numéro de téléphone : _____

Nom de la pharmacie : _____

No civique : _____

Rue : _____

Ville : _____

Province : _____

Code postal : _____

Numéro de téléphone : _____

Nom de la pharmacie : _____

No civique : _____

Rue : _____

Ville : _____

Province : _____

Code postal : _____

Numéro de téléphone : _____

3. IDENTIFICATION DU OU DES LIQUIDATEUR(S) OU FIDUCIAIRE(S) DE LA SUCCESSION

Nom : _____

Adresse courriel : _____

Numéro de téléphone : _____

Nom : _____

Adresse courriel : _____

Numéro de téléphone : _____

4. IDENTIFICATION DU OU DE LA PHARMACIEN(NE) RESPONSABLE

(Dans le cas où il s'agit d'une S.E.N.C détenue par plusieurs associés, S.P.A détenue par plusieurs actionnaires ou d'une S.E.N.C.R.L. détenue par plusieurs associés ne pas remplir cette section).

Nom du ou de la pharmacien(ne) responsable : _____

Numéro de permis : _____

Date : _____

Signature du ou de la pharmacien(ne) responsable : _____

5. DOCUMENT À FOURNIR

- Avis de désignation du liquidateur de la succession Registre des droits réels et personnels mobiliers (RDPRM)

6. SIGNATURE(S)

Date : _____

Signature(s) du ou des liquidateur(s) ou fiduciaire(s) : _____
