



DÉCLARATION DE L'INAPTITUDE D'UN PHARMACIEN PROPRIÉTAIRE SUITE À UN JUGEMENT DU TRIBUNAL

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

Nom : _____

Numéro de permis : _____

Date du jugement : _____

2. JUGEMENT

Une copie du jugement homologuant le mandat d'inaptitude du membre devenu inapte, ou déclarant l'inaptitude du pharmacien doit être jointe à la présente.

3. 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 : _____

4. IDENTIFICATION DU OU DES TUTEUR(S) OU MANDATAIRE(S)

Nom : _____

Titre : _____

Adresse courriel : _____

Numéro de téléphone : _____

Nom : _____

Titre : _____

Adresse courriel : _____

Numéro de téléphone : _____

5. IDENTIFICATION DU OU DE LA PHARMACIEN(NE) RESPONSABLE DE LA OU DES PHARMACIES

(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 de la pharmacie : _____

No civique : _____

Rue : _____

Ville : _____

Province : _____

Code postal : _____

Numéro de téléphone : _____

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

Numéro de permis : _____

Date : _____

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

6. SIGNATURE(S)

Date : _____

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