



Ministère de la Santé Publique et de la Population
Direction de la Pharmacie, du Médicament
Et de la Médecine Traditionnelle

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AUTORISATION DE FONCTIONNEMENT

Coordonnées du pharmacien

Nom		Prénom	
Nationalité		Adresse	
NIF		CIN	
Téléphone		E-mail	

Coordonnées du propriétaire

Nom :		Prénom	
Nationalité		Adresse	
NIF		CIN	
Téléphone		E-mail	

Établissement pharmaceutique

Pharmacie **Pharmacie d'hôpital** **Dépôt Agence** **Laboratoire**

Nom		Adresse	
Type de société		Patente	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Certificat d'enregistrement de nom délivré par le Ministère du Commerce et de l'Industrie : **Non** **Oui**

Matériels disponibles et médicaments

Étagères Buffet à clé pour les narcotiques Fiche de réquisition

Bloc de reçu de vente Sceau Réfrigérateur

Extincteur Thermomètre mural Enseigne

Médicaments Autres

Déclaration sur honneur

Je, soussigné,.....certifie et atteste que toutes les informations fournis dans le cadre de cette requête sont vraies.

Signature

Pharmacien responsable		Date	
Propriétaire (s)		Date	