



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 D'OUVERTURE ET D'EXPLOITATION D'UN ETABLISSEMENT PHARMACEUTIQUE		Exercice fiscal	20...../20....
		Département	
		Date/...../20.....
Catégorie d'établissement pharmaceutique (EP)			
Pharmacie <input type="checkbox"/> Pharmacie d'hôpital <input type="checkbox"/> Grossiste distributeur <input type="checkbox"/> Agence <input type="checkbox"/> Laboratoire <input type="checkbox"/>			
Patente disponible	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Type de société
Nom de l'EP			Adresse
Téléphone (s)			E-mail
Coordonnées géospatiales (GPS)			
Coordonnées du pharmacien			
Nom			Prénom
Téléphone (s)			E-mail
Coordonnées du propriétaire			
Nom			Prénom
Téléphone (s)			E-mail
Certificat d'enregistrement de nom délivré par le Ministère du Commerce et de l'Industrie disponible : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Infrastructures et matériels (Cochez si disponible)			
Espace d'accueil et présentoir <input type="checkbox"/>	Buffet à clé pour les narcotiques <input type="checkbox"/>	Thermomètres muraux et hygromètre <input type="checkbox"/>	
Espace réservé au bureau du pharmacien <input type="checkbox"/>	Système d'alimentation en électricité <input type="checkbox"/>	Ventilateurs plafonds <input type="checkbox"/>	
Espace de rayonnage <input type="checkbox"/>	Réseau public d'approvisionnement en eau potable <input type="checkbox"/>	Climatiseurs <input type="checkbox"/>	
Préparatoire <input type="checkbox"/>	Murs construits en matériaux isolants <input type="checkbox"/>	Extincteur <input type="checkbox"/>	
Zone de quarantaine <input type="checkbox"/>	Bloc sanitaire <input type="checkbox"/>	Réfrigérateur <input type="checkbox"/>	
Zone de stockage <input type="checkbox"/>	Lavabo avec point d'eau distinct <input type="checkbox"/>	Cafétéria <input type="checkbox"/>	
Superficie du local en m²:		Possibilité d'agrandissement Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Déclaration sur l'honneur (Pharmacien)			
Je soussigné,.....certifie et atteste que toutes les informations fournies dans le cadre de cette requête sont vraies.			
Signature /Date/Sceau			
Pharmacien responsable			Date
Propriétaire (s)			Date
Réservé à l'administration de la DPM/MT ou de la Direction Sanitaire concernée			
Date de réception du dossier		Numéro du dossier	Visa du réceptionniste