



MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA POPULATION  
DIRECTION DE LA PHARMACIE, DU MÉDICAMENT  
ET DE LA MÉDECINE TRADITIONNELLE  
DPM/MT

<b>Exercice fiscal</b>	20...../20....
<b>Département</b>	
<b>Date</b>	...../...../20.....

**FORMULAIRE DE DEMANDE DE RENOUELEMENT  
DE LA LICENCE D'EXPLOITATION D'UN ETABLISSEMENT PHARMACEUTIQUE**

**1 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"/>	
<b>Patente disponible</b>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>		<b>Type de société</b>					
<b>Nom de l'EP</b>				<b># LOE-MSPP</b>					
<b>Adresse</b>				<b>Téléphone</b>					
				<b>E-mail</b>					
				<b>Fax</b>					
				<b>Commune</b>					
Coordonnées géospatiales (GPS)									
<b>Heure d'ouverture</b>	Lundi :			Judi :			Dimanche :		
	Mardi :			Vendredi :					
	Mercredi :			Samedi :					

**2 Propriétaire (s)**

<b>Nom &amp; Prénom</b>				<b>Adresse</b>					
<b>NIF/CIN</b>									
<b>Téléphone</b>									
<b>E-mail</b>									

Je déclare être imbu (e) des lois et règlements relatifs à l'exercice d'un établissement pharmaceutique en Haïti et je m'engage à faire fonctionner cet établissement conformément aux prescriptions légales.  
Je reconnais que le non-respect de cette disposition constitue une violation susceptible d'entraîner le retrait de cette autorisation sans préjudice des poursuites judiciaires.

**3 Pharmacien (ne) responsable  Pharmacien (ne) propriétaire**

<b>Nom &amp; Prénom</b>				<b>Adresse</b>					
<b>NIF</b>			<b>CIN</b>			<b>Téléphone</b>			
<b>E-mail</b>									
<b># Licence</b>				<b>Date d'enregistrement de la licence</b>					
<b>Personne de contact</b>				<b>Téléphone</b>					
<b>Heure de service</b>	Lundi :	Mardi :	Mercredi :	Judi :	Vendredi :	Samedi :	Dimanche :		

En tant que pharmacien (ne) responsable de/du ....., je m'engage sur l'honneur à :

- Être présent (e) régulièrement au niveau de l'établissement pharmaceutique suivant l'horaire établi
- Apporter mon appui technique régulier à cet établissement
- Veiller à ce que cet établissement s'approvisionne exclusivement auprès des structures pharmaceutiques autorisées par le MSPP
- Veiller à l'application des normes de bonnes pratiques d'importation, de stockage, de distribution et de dispensation des médicaments
- Veiller à ce que les médicaments de cet établissement ne se retrouvent pas dans le commerce informel
- Veiller à ce que cet établissement ne vende pas de produits périmés, contrefaits, endommagés et avariés
- Veiller à ce que la vente des narcotiques se fasse selon les normes de distribution en vigueur
- Assurer les activités de pharmacovigilance notamment la notification spontanée des événements indésirables médicamenteux
- Exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et à respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

**4 Signature et date**

<b>Pharmacien (ne)</b>			...../...../20....	<b>Propriétaire (s)</b>			...../...../20....
------------------------	--	--	--------------------	-------------------------	--	--	--------------------