



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

Exercice fiscal

20...../20....

No AFP

Date

...../...../20.....

**FORMULAIRE DE RENOUELEMENT D'AUTORISATION DE FONCTIONNEMENT  
PHARMACIE**

**1 Établissement pharmaceutique (EP)**

Nom de l'EP			Département		
Commune			Adresse		
Type de société	Entreprise individuelle <input type="checkbox"/>		Société de personnes <input type="checkbox"/>		Société par action <input type="checkbox"/>
Téléphone commercial			Fax		
P.O. Box			E-mail		
Heures d'ouverture	Lundi :	Mardi :	Mercredi :	Jeudi :	Vendredi : Samedi : Dimanche :

**2 Propriétaire (s)**

Nom & Prénom		
Adresse		
NIF/CIN		
Téléphone		
E-mail		

Je déclare être imbu (e) des lois et règlements relatifs à l'exercice d'une pharmacie d'officine 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**

Nom & Prénom			Adresse		
NIF	CIN		Téléphone		
E-mail			Promotion		
# licence			Date d'enregistrement de la licence		
Personne de contact			Téléphone		
Heures de service	Lundi :	Mardi :	Mercredi :	Jeudi :	Vendredi : Samedi : Dimanche :

En tant que pharmacien (ne) responsable de la pharmacie d'officine....., je m'engage sur l'honneur à :

1. Apporter mon appui technique régulier à la pharmacie
2. Veiller à l'application des normes de Bonnes Pratiques de Stockage et de Dispensation des médicaments
3. Veiller à ce que les médicaments de cette pharmacie ne se retrouvent pas dans le commerce informel
4. Veiller à ce que cette pharmacie ne vende pas de produits périmés, contrefaits, endommagés et avariés
5. Veiller à ce que la vente de produits narcotiques se fasse selon les normes de dispensation en vigueur
6. Veiller à ce que le personnel technique préposé soit bien formé et fournisse un service de qualité aux clients
7. Veiller à ce que cette pharmacie s'approvisionne exclusivement auprès de fournisseurs autorisés par le MSPP ([www.mspp.gouv.ht](http://www.mspp.gouv.ht))
8. Etre présent (e) régulièrement à la pharmacie suivant l'horaire établi
9. 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**

Pharmacien (ne)			...../...../20....	Propriétaire (s)			...../...../20....
-----------------	--	--	--------------------	------------------	--	--	--------------------