



## Déclaration préalable de début d'exploitation

Art L. 5125-16 du code de la santé publique

M. Mme Mlle <sup>1</sup> .....	Nom	Prénom
M. Mme Mlle <sup>1</sup> .....	Nom	Prénom
M. Mme Mlle <sup>1</sup> .....	Nom	Prénom
M. Mme Mlle <sup>1</sup> .....	Nom	Prénom

Ayant déposé un dossier d'acquisition le .....

**ou**

Ayant obtenu une licence de transfert / de regroupement / de création<sup>1</sup> le .....

En vue d'exploiter l'officine sise .....

.....

Sous forme :

<input type="checkbox"/> entreprise Individuelle	<input type="checkbox"/> SNC		
<input type="checkbox"/> SARL	<input type="checkbox"/> EURL	<input type="checkbox"/> SELARL	<input type="checkbox"/> SELEURL
<input type="checkbox"/> SELAS	<input type="checkbox"/> SELASU	<input type="checkbox"/> SELAFA	<input type="checkbox"/> SELCA

**ou**

Suite à un changement de mode d'exploitation de .....en .....

Demande(nt) que la déclaration d'exploitation soit enregistrée à compter du .....

Le .....

Signature du ou des pharmaciens acquéreurs      Signature du pharmacien cédant (le cas échéant)

<sup>1</sup> Rayer les mentions inutiles

Pour tout renseignement contacter les délégations d'Outre-mer de la Section E