



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				Département	
Catégorie d'établissement pharmaceutique (EP)					
Pharmacie <input type="checkbox"/>	Pharmacie d'hôpital <input type="checkbox"/>	Dépôt <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			E-mail		
Coordonnées géospatiales (GPS)					
Coordonnées du pharmacien					
Nom		Prénom			
Téléphone		E-mail			
Coordonnées du propriétaire					
Nom		Prénom			
Téléphone		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, matériels et documents administratifs (cochez si disponible)					
Étagères <input type="checkbox"/>	Buffet à clé pour les narcotiques <input type="checkbox"/>	Fiche de réquisition <input type="checkbox"/>			
Extincteur <input type="checkbox"/>	Sceau <input type="checkbox"/>	Réfrigérateur <input type="checkbox"/>	Fiche de vente <input type="checkbox"/>		
Palettes <input type="checkbox"/>	Thermomètre mural <input type="checkbox"/>	Enseigne <input type="checkbox"/>	Bloc sanitaire <input type="checkbox"/>		
Médicaments <input type="checkbox"/>	Climatiseur <input type="checkbox"/>	Ventilateur Plafond <input type="checkbox"/>			
Mini-caféteria <input type="checkbox"/>	Murs construits en matériaux isolants <input type="checkbox"/>	Bureau du pharmacien <input type="checkbox"/>			
Procédures de nettoyage <input type="checkbox"/>	Procédures de rappel de lot <input type="checkbox"/>	Ouvrage de pharmacologie <input type="checkbox"/>			
Superficie du local en m²:			Possibilité d'agrandissement Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Déclaration sur 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	