**Formulaire de demande d’une autorisation d’ouverture et d’exploitation d’un établissement de représentation pharmaceutique**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Identification du demandeur :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom et Prénoms du Demandeur**Adresse :Email :Numéro téléphone :**Dénomination de la société :**Adresse de la société : |  |
| **Identification du pharmacien responsable** |
| **Nom et Prénoms du pharmacien responsable**Adresse :Email :Numéro téléphone :**Dénomination de la société :**Adresse de la société : |  |
| **IDENTIFICATION DE LA SOCIETE** |
| REGION : |  |
| DEPARTEMENT : |  |
| COMMUNE : |  |
| VILLE |  |
| QUARTIER |  |
| **documents à annexer** |
| un certificat de nationalité du demandeur ;  la carte de visiteur médical du demandeur ;  le curriculum vitae du demandeur ;  un casier judiciaire datant de moins de trois (03) mois du demandeur ;  une copie de l'acte de désignation du pharmacien responsable ;  une copie du diplôme du pharmacien responsable ;  une copie de l'attestation d'inscription du pharmacien responsable au tableau de l'Ordre national des pharmaciens du Bénin ;  un casier judiciaire datant de moins de trois (03) mois du pharmacien responsable ;  un paiement électronique d'un montant de cent mille (100 000) FCFA . |

 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Fait à** |  |
| **Date** |  |
| **Signature** |  |
| **Cachet de la société** |  |