**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** |  |