

**CHECK LIST CONVENTIONNEMENT DES OFFICINES DE PHARMACIES**

N°	Libellé	Cotation (0/1)
1	Date de dépôt du dossier: ...../...../20.....	
2	Nom de la Pharmacie:	
3	Quartier:	
4	Plan de situation	
5	DPS/DDS: Région:	
6	Responsable: Qualification:	
7	Copie de la carte/Attestation d'inscription à l'ordre professionnel de santé	
8	Téléphone fixe : Mobile :	
9	Lettre adressée au DG de l'INAM	
10	Arrêté du Ministère chargé de la Santé portant autorisation d'ouverture de la pharmacie	
11	Accord spécifique de partenariat signé par le Responsable en deux exemplaires	
12	Infrastructures (Plan architectural)	
13	Equipement et matériel (Listing avec quantité)	
14	Ressources humaines (Listing avec les qualifications)	
15	Copies des diplômes du personnel	
16	Relevé d'identité bancaire (RIB)	
17	Outils TIC fonctionnels: [Préciser le(s) type(s)]	
	Noms des logiciels utilisés:	
18	Listes des organismes assureurs privés partenaires	
20	Rapport de prospection du Médecin Conseil Régional	