**CHECK LIST CONVENTIONNEMENT : DEPÔT DE PHARMACIE**

***Liste des documents à fournir :***

|  |  |
| --- | --- |
| **N°** | **LIBELLE** |
| **1** | Plan de situation |
| **2** | Déclaration de soutien du titulaire d’une officine de pharmacie (Pharmacien référent: fournisseur et responsable de l’encadrement technique) |
| **3** | Copie de la carte/Attestation d'inscription à l'ordre professionnel de santé ou à l'association professionnelle de santé |
| **4** | Arrêté du Ministère chargé de la Santé portant Autorisation d’ouverture/d’exploitation à jour de la formation sanitaire |
| **5** | Plan architectural (Infrastructures) |
| **6** | Equipements et matériels (Listing avec quantité) |
| **7** | Tableau des ressources humaines (Listing avec qualifications, temps plein, temps partiel, codes prescripteurs déjà attribués) |
| **8** | Copies des diplômes du personnel |
| **9** | Relevé d’identité bancaire (RIB) |