



DEMANDE DE MODIFICATION DU NOM (PHARMACIE)

Date d'entrée en vigueur :
Année Mois Jour

Numéro de certificat d'exploitation : P.....

Nom actuel de la pharmacie :

Nouveau nom :

Titulaire du certificat d'exploitation :

Adresse :
.....

Code postal :

Téléphone : Télécopieur :

Courriel :

* Le présent formulaire doit nous parvenir au plus tard 14 jours avant le changement.

Tous les renseignements ci-dessus sont corrects et non susceptibles d'induire en erreur.

Titulaire du certificat d'exploitation

Nom :

Signature :

Propriétaire ou gérant de l'établissement

Nom :

Signature :

Le paiement doit accompagner le formulaire. Voir la Liste de cotisations sur notre site Web pour connaître les frais applicables. Les modalités acceptables de paiement sont les suivantes : chèque, MasterCard ou Visa.

N° de carte de crédit Exp :

Code à 3 chiffres au dos de la carte: