



## FICHE DE DECLARATION DE REMPLACEMENT DU PHARMACIEN RESPONSABLE BPDO

Congé sollicité par : \_\_\_\_\_

Pharmacien Responsable de : \_\_\_\_\_

Période du : \_\_\_\_\_ au : \_\_\_\_\_

**Congé annuel**

**Autres**

A : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_\_

Signature de l'intéressé :

\_\_\_\_\_

Nom du Pharmacien remplaçant : \_\_\_\_\_

Pharmacien Responsable de : \_\_\_\_\_

A : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_\_

Signature du remplaçant :

DUREE DU REMPLACEMENT	MODALITES	FORMALITES
<b>MOINS DE HUIT JOURS</b>	Par le pharmacien responsable de l'agence la plus proche	ENVOI DU FORMULAIRE EXISTANT AVEC DATES AU SERVICE ADMINISTRATIF
<b>HUIT JOURS A UN MOIS</b>	Par le pharmacien responsable de l'agence la plus proche	ECHANGES DE FORMULAIRES ENTRE LES CONCERNES + COPIES AU SERVICE ADMINISTRATIF + LETTRE RECOMMANDEE A L'INSPECTION REGIONALE DE LA PHARMACIE + AU CONSEIL REGIONAL DE L'ORDRE DONT VOUS DEPENDEZ AVEC ENGAGEMENT ECRIT DU REMPLACANT
<b>UN MOIS A UN AN LE REMPLACEMENT NE PEUT EXCEDER UN AN</b>	Par un pharmacien inscrit auprès du conseil compétent de l'Ordre des pharmaciens et qui a reçu une formation en oxygénothérapie	IDEM

Articles R5125-39, R.5125-41 et R.5125-42 du Code de la Santé Publique.