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 :

Trouvez facilement & rapidement vos remplaçants sur www.ClubOfficine.fr
La Plateforme d'emploi des métiers de la Pharmacie Officine - PUI - PSAD - Répartition - Parapharmacie – LABM

DUREE DU REMPLACEMENT	MODALITES	FORMALITES
MOINS DE HUIT JOURS	Par le pharmacien responsable de l'agence la plus proche	ENVOI DU FORMULAIRE EXISTANT AVEC DATES AU SERVICE ADMINISTRATIF
HUIT JOURS A UN MOIS	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
UN MOIS A UN AN **LE REMPLACEMENT NE PEUT EXCEDER UN AN**	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.