

**CHECK LIST CONVENTIONNEMENT DES DEPOTS PHARMACEUTIQUES**

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