

Formulaire d'inscription de la pharmacie

Veuillez remplir ce formulaire et l'envoyer à Express Scripts Canada pour commencer le processus d'inscription de votre pharmacie. Un représentant du Service des relations avec les fournisseurs communiquera avec vous **dans un délai de trois (3) jours ouvrables** suivant la réception du formulaire pour vous fournir des directives supplémentaires. Veuillez noter que le processus d'inscription ne commencera pas tant qu'Express Scripts Canada n'aura pas reçu le présent formulaire dûment rempli.

RENSEIGNEMENTS SUR LA PHARMACIE

*Date d'effet (Express Scripts Canada doit recevoir le formulaire d'inscription au moins 7 jours ouvrables avant la date d'effet, qu'il s'agisse d'une nouvelle pharmacie ou d'un changement de propriétaire) : _____

Changement de propriétaire : _____ Ouverture d'une nouvelle pharmacie : _____ Changement de dénomination sociale : _____

Changement dans l'organisation du capital social : _____ Changement d'associés : _____

Changement de directeur de la pharmacie : _____ Fusion des services de la pharmacie : _____

Nouveau nom commercial de la pharmacie : _____

Nouvelle dénomination sociale (La dénomination sociale doit correspondre à celle inscrite dans l'acte constitutif de l'entreprise et dans les certificats d'actions. Vous devez joindre une copie de chacun de ces documents au présent formulaire) : _____

Nom de la chaîne ou de la bannière : _____ Nouveau numéro du certificat d'agrément de la pharmacie : _____

Nom de tous les propriétaires, actionnaires et directeurs de la pharmacie (indiquez le numéro du permis d'exercice, s'il s'agit d'un pharmacien) :

1. _____	2. _____
3. _____	4. _____
5. _____	6. _____
7. _____	8. _____
9. _____	10. _____

Adresse de la pharmacie : _____

Ville : _____ Province/territoire : _____ Code postal : _____

Adresse courriel de la pharmacie : _____ Honoraires professionnels habituels et coutumiers : _____

Nom de la personne-ressource : _____ Titre du poste de la personne-ressource : _____

Numéro de téléphone avant l'ouverture de la pharmacie : _____

Adresse courriel avant l'ouverture de la pharmacie : _____

Veuillez vous assurer de joindre les documents ci-dessous au formulaire d'inscription :

- Copie de l'acte constitutif et des certificats d'actions relatifs à la pharmacie.
- Copie du certificat d'assurance responsabilité civile de la pharmacie qui doit préciser le montant de garantie.
- Copie du certificat d'agrément de la pharmacie enregistrée au Canada, le cas échéant.
- Liste des autres sociétés par actions liées à la pharmacie, ainsi que le nom de leurs propriétaires et de leurs actionnaires.

Veuillez envoyer le présent formulaire dûment rempli par télécopieur, au 1 855 622-0669, ou par la poste à l'adresse ci-dessous :

Service des relations avec les fournisseurs Express Scripts Canada
5770, rue Hurontario, 10^e étage
Mississauga, ON L5R 3G5

Vous devez joindre le certificat d'agrément délivré par l'organisme de réglementation provincial ainsi que l'Entente avec les pharmacies dûment remplies pour que votre pharmacie puisse faire partie du réseau de fournisseurs d'Express Scripts Canada. La pharmacie ne pourra faire partie du réseau de fournisseurs avant la date d'effet précisée sur le certificat d'agrément.

Le présent formulaire ne s'applique pas au Programme des SSNA.