



# AQPP

Association québécoise  
des pharmaciens  
propriétaires

## FORMULAIRE D'INSCRIPTION PHARMACIE (nouvelle ou existante)

Les renseignements d'identification de la partie 1 pourraient être transmis par l'AQPP aux tiers payants (privés et publics), conformément aux ententes signées.

**PARTIE  
1**

Nom, prénom : \_\_\_\_\_

Numéro de permis :

Raison sociale (nom auquel les assureurs doivent émettre les chèques) :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Numéro RAMQ : \_\_\_\_\_

Adresse de la pharmacie :

Numéro et rue : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Numéro sans frais : \_\_\_\_\_

Type de pharmacie : Cochez

Pharmacie principale  (IMPORTANT : la pharmacie principale détermine votre région électorale)

Pharmacie secondaire

Type de transaction : Cochez

Ouverture

Association

Dissociation

Déménagement

Achat

Ancien propriétaire : \_\_\_\_\_

Ancien numéro RAMQ : \_\_\_\_\_

Vous avez des associés? Inscrivez leur numéro de permis.

# FORMULAIRE D'INSCRIPTION PHARMACIE (nouvelle ou existante)

Les renseignements de la partie 2 seront conservés confidentiellement et l'AQPP ne les utilisera qu'à des fins statistiques.

**PARTIE  
2**

## FOURNISSEUR DE LOGICIELS EN PHARMACIE : Cochez

Centre RX (PJC)  LogiPharm  Telus  Autre   
Kroll  Priorx  Uniprix  Spécifiez : \_\_\_\_\_

## CHAÎNE OU BANNIÈRE : Cochez

|   |  |   |
|---|--|---|
| Accès pharma / Walmart <input type="checkbox"/>   | Familiprix <input type="checkbox"/>          | Uniprix <input type="checkbox"/>          |
| Brunet <input type="checkbox"/>                   | Familiprix Clinique <input type="checkbox"/> | Uniprix Clinique <input type="checkbox"/> |
| Brunet Clinique <input type="checkbox"/>          | Familiprix Extra <input type="checkbox"/>    | Uniprix Santé <input type="checkbox"/>    |
| Brunet Plus <input type="checkbox"/>              | Jean Coutu <input type="checkbox"/>          | Indépendant <input type="checkbox"/>      |
| Centre Santé / Loblaws <input type="checkbox"/>   | Pharmaprix <input type="checkbox"/>          | Autre <input type="checkbox"/>            |
| Clini Plus (Brunet) <input type="checkbox"/>      | Pharmasoins <input type="checkbox"/>         | Spécifiez : _____                         |
| Clinique Santé (Uniprix) <input type="checkbox"/> | Proxim <input type="checkbox"/>              |   |
| Costco <input type="checkbox"/>                   | Proximed <input type="checkbox"/>            |   |

## CATÉGORIES DE PHARMACIES\* : Cochez

|  |  |
|--|--|
| Centre commercial grande surface <input type="checkbox"/>  | Conventionnelle grande surface <input type="checkbox"/>        |
| Centre d'accueil / CLSC / CHSLD <input type="checkbox"/>   | Épicerie <input type="checkbox"/>                              |
| Centre de préparations stériles <input type="checkbox"/>   | Magasin grande surface <input type="checkbox"/>                |
| Clinique <input type="checkbox"/>                          | Pharmacie d'hôpital <input type="checkbox"/>                   |
| Conventionnelle centre commercial <input type="checkbox"/> | Point de service <input type="checkbox"/>                      |
| Conventionnelle de quartier <input type="checkbox"/>       | Résidence privée pour personnes âgées <input type="checkbox"/> |

Autre (spécifiez) : \_\_\_\_\_

### \* CATÉGORIES DE PHARMACIES

#### CENTRE COMMERCIAL GRANDE SURFACE :

pharmacie annexée à un centre commercial et qui possède une superficie de boutique plus importante qu'une pharmacie conventionnelle centre commercial.

#### CENTRE D'ACCUEIL/CLSC/CHSLD :

pharmacie que l'on retrouve à l'intérieur d'un centre d'accueil, d'un CLSC ou d'un CHSLD.

#### CENTRE DE PRÉPARATIONS STÉRILES :

pharmacie qui effectue uniquement des préparations stériles à l'intention de diverses pharmacies.

#### CLINIQUE :

pharmacie ayant un loyer ou un local de vente au sein d'une clinique qui regroupe plusieurs services médicaux et professionnels de la santé.

#### CONVENTIONNELLE CENTRE COMMERCIAL :

pharmacie annexée à un centre commercial.

#### CONVENTIONNELLE DE QUARTIER :

pharmacie qui a pignon sur rue, un terrain unique et un stationnement réservé à la clientèle de la pharmacie.

#### CONVENTIONNELLE GRANDE SURFACE :

pharmacie qui a pignon sur rue, un terrain unique et un stationnement réservé à la clientèle de la pharmacie. La pharmacie possède une superficie de boutique plus importante que la pharmacie conventionnelle de quartier.

#### ÉPICERIE :

pharmacie ayant un loyer ou un local de vente au sein d'un supermarché.

#### MAGASIN GRANDE SURFACE :

pharmacie intégrée à un magasin grande surface qui vend différents biens de consommation.

#### PHARMACIE D'HÔPITAL :

pharmacie qui se situe dans un espace bien défini à l'intérieur d'un hôpital.

#### POINT DE SERVICE :

pharmacie qui dessert une petite municipalité et qui est affiliée à une autre pharmacie appartenant au même propriétaire.

#### RÉSIDENCE PRIVÉE POUR PERSONNES ÂGÉES :

pharmacie que l'on retrouve à l'intérieur d'une résidence privée pour personnes âgées.

# FORMULAIRE D'INSCRIPTION PHARMACIE (nouvelle ou existante)

## LANGUE UTILISÉE PAR VOTRE CLIENTÈLE : Cochez

|   | Oui                      | Non                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Une partie de ma clientèle est anglophone et il me serait utile de recevoir également les versions anglaises des outils développés par l'Association (affiches, brochures et autres). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### COMMUNICATIONS ÉLECTRONIQUES

En tant que membre de l'AQPP, vous recevrez les communications électroniques émises par l'Association (bulletins, communiqués, invitations, etc.).

Je ne désire pas recevoir les communications de l'AQPP (cochez et signez).

Signature : \_\_\_\_\_

### LISTES NOMINATIVES

En tant que membre de l'AQPP, votre nom apparaîtra sur des listes nominatives transmises à des fins de prospection commerciale ou philanthropique.

Je ne désire pas que mon nom apparaisse sur des listes nominatives. Je sais que cette décision peut me priver de renseignements qui pourraient normalement me faire profiter de certains avantages et services (cochez et signez).

Signature : \_\_\_\_\_

Veuillez inclure, **pour chaque propriétaire**, une AFFIRMATION SOLENNELLE RELATIVE AU DROIT DE PROPRIÉTÉ, dans les cas suivants : ouverture d'une nouvelle pharmacie, achat d'une pharmacie existante, association, dissociation et déménagement.

Adresse courriel (obligatoire) : \_\_\_\_\_

Signature du propriétaire : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Retournez l'original du Formulaire d'inscription par la poste à :

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE  
DES PHARMACIENS PROPRIÉTAIRES

8000, boul. Langelier, bureau 303  
Montréal (Québec) H1P 3K2

Téléphone : 514 254-0676, poste 227  
Télécopieur : 514 254-1288