

AFFIRMATION SOLENNELLE RELATIVE AU DROIT DE PROPRIÉTÉ

Je soussigné(e) _____ résidant
et domicilié(e) au _____
affirme solennellement ce qui suit :

Je suis ou serai :

Copropriétaire avec ☐

Propriétaire unique ☐

de la pharmacie située au :

(adresse)

(ville)

depuis le ou à compter du _____ et ce, conformément à la *Loi sur la pharmacie* et ses règlements.

À compléter devant le commissaire à l'assermentation

Je déclare solennellement que les renseignements faisant l'objet de cette déclaration sont exacts et complets.

Prénom et nom du pharmacien en lettres majuscules _____ X _____
 Signature du pharmacien _____ Date _____

SECTION RÉSERVÉE AU COMMISSAIRE À L'ASSETMENTATION

Déclaré solennellement devant moi à :

Prénom et nom du commissaire

Numéro du commissaire

District de :

Lieu

X _____
Signature du commissaire à l'assermentation

Date _____

Cachet

Réservé à l'administration

Document reçu le :

Par :

Un document par copropriétaire



AQPP

Association québécoise
des pharmaciens
propriétaires

ADHÉSION À L'AQPP NOUVEAU MEMBRE SEULEMENT

Ce document doit être rempli et signé par le nouveau membre.
L'assermentation de cette annexe n'est pas requise.

Nom : _____

Prénom : _____

Numéro de permis de l'Ordre :

--	--	--	--	--	--

J'adhère à l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires et m'engage à observer ses statuts, politiques et règlements, dont le Code de conduite des membres. Je reconnais l'AQPP à titre de représentante exclusive des pharmaciens propriétaires et je reconnais sa capacité à s'exprimer en leur nom.*

Je la mandate, conformément à sa mission, pour négocier, conclure et signer toute entente collective en mon nom. Ainsi, je m'engage à respecter intégralement les termes et dispositions de toute entente signée par l'Association et à ne signer aucune entente, individuellement ou en groupe, avec tout assureur, tiers payant ou organisme dont l'objet relève de la mission de l'AQPP.

**Documents accessibles en écrivant à info@aqpp.qc.ca*

Je certifie que toutes les déclarations inscrites ci-haut sont véridiques. En foi de quoi j'ai signé :

Signature : _____ Date : _____

Pour nous joindre :

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE
DES PHARMACIENS PROPRIÉTAIRES

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

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