

**MANDAT EXCLUSIF DE RECHERCHE D'UNE OUVERTURE D'OFFICINE DE PHARMACIE  
PAR TRANSFERT**     NATIONAL     DÉPARTEMENTAL     COMMUNAL

**ENTRE LES SOUSSIGNÉS**

Nom, Prénom : .....

Adresse : .....

Ci-après dénommé « le mandant », d'une part.

**ET**

La SARL ARTCO « Aide au Regroupement, Transfert et Création d'Officines »,

Adresse : Marlençon 26800 Montoisson

SIRET 523 732 030 00011

Représentée par Monsieur Serge VEILLARD

Ci-après dénommé « le mandataire », d'autre part.

**IL A ÉTÉ CONVENU CE QUI SUIT**

Par ces présentes, le mandant confère au mandataire qui l'accepte **mandat exclusif de recherche d'une ouverture d'officine de pharmacie par transfert.**

**CONDITIONS DU MANDAT**

**1. Secteur d'origine**

Officine d'origine déjà en possession du mandant

Nom commercial : .....

Adresse : .....

Officine d'origine à rechercher par ARTCO

Prix maximum d'achat de la licence : .....

Conditions particulières : .....

**2. Secteur d'accueil**

Région(s) : .....

Département(s) (n°) : .....

Population comprise entre     0 – 10 000 habitants     10 000 – 30 000 habitants

> à 30 000 habitants     Indifférent

Environnement     Urbain     Semi rural     Rural     Indifférent

Critères personnels : .....



