



## PHARMACY CLOSURE FORM / FORMULAIRE POUR FERMETURE DE PHARMACIE

This information, along with a physical inventory count of controlled substances at the time of closure, must be signed and sent within 10 days of a pharmacy closure.

A sample physical inventory form is attached but another format may be used to submit the required information. Please use a format that facilitates data extraction, e.g. CSV.

These records must be kept for a period of 2 years. Note: The College of Pharmacists of Manitoba requires your pharmacy to keep this record for a period of 5 years.

Cette information et une liste d’inventaire physique de substances désignées au moment de la fermeture doivent être signées et envoyées dans les 10 jours après la fermeture de pharmacie.

Un exemple de formulaire d’inventaire physique est joint, mais un autre format peut être utilisé pour soumettre l’information requise. Veuillez utiliser un format facilitant l’extraction d’information, p.ex. CSV.

Ces registres doivent être gardés pour 2 ans.

Closing Pharmacy/Pharmacie qui ferme		
Date of closure/Date de fermeture :		
Pharmacy Name/Nom de la pharmacie:		
Pharmacy chain (if applicable)/Nom de la chaîne (s’il y a lieu) :		
Civic #/# Civique :	Street Name/Nom de la rue :	
Street Type/Type de rue :		City/Ville :
Province :	Postal Code/Code postal :	Licence # (if applicable)/ # de licence (si applicable)

**Actions taken with controlled substances inventory /**

**Mesures prises avec inventaire de substances désignées et drogues contrôlées:**

- Inventory destroyed locally/Destruction locale d’inventaire
- Inventory sent to licensed dealer for destruction/Inventaire donné à un distributeur autorisé pour destruction
- Inventory transferred to another address/Inventaire transférer à une autre adresse

Receiver of Inventory (if applicable)/Preneur d’inventaire (si applicable)		
Pharmacy or Licensed Dealer/Pharmacie ou Distributeur Autorisé:		
Pharmacy chain (if applicable)/Nom de la chaîne (s’il y a lieu) :		
Civic #/# Civique :	Street Name/Nom de la rue :	
Street Type/Type de rue :		City/Ville :
Province :	Postal Code/Code postal :	Licence # (if applicable)/ # de licence (si applicable)

### Sample Inventory Form/Exemple de formulaire d'inventaire

DIN	Product Name/Nom de produit	Strength/ Force	Quantity/ Quantité	Dosage Form/ Forme posologique	Unit of measurement/ Unité de mesure
				Choose/Choisissez	Choose/Choisissez
				Choose/Choisissez	Choose/Choisissez
				Choose/Choisissez	Choose/Choisissez
				Choose/Choisissez	Choose/Choisissez
				Choose/Choisissez	Choose/Choisissez
				Choose/Choisissez	Choose/Choisissez
				Choose/Choisissez	Choose/Choisissez
				Choose/Choisissez	Choose/Choisissez
				Choose/Choisissez	Choose/Choisissez
				Choose/Choisissez	Choose/Choisissez
				Choose/Choisissez	Choose/Choisissez
				Choose/Choisissez	Choose/Choisissez
				Choose/Choisissez	Choose/Choisissez
				Choose/Choisissez	Choose/Choisissez
				Choose/Choisissez	Choose/Choisissez
				Choose/Choisissez	Choose/Choisissez
				Choose/Choisissez	Choose/Choisissez
				Choose/Choisissez	Choose/Choisissez
				Choose/Choisissez	Choose/Choisissez
				Choose/Choisissez	Choose/Choisissez
				Choose/Choisissez	Choose/Choisissez
				Choose/Choisissez	Choose/Choisissez
				Choose/Choisissez	Choose/Choisissez
				Choose/Choisissez	Choose/Choisissez
				Choose/Choisissez	Choose/Choisissez
				Choose/Choisissez	Choose/Choisissez
				Choose/Choisissez	Choose/Choisissez
				Choose/Choisissez	Choose/Choisissez
				Choose/Choisissez	Choose/Choisissez
				Choose/Choisissez	Choose/Choisissez
				Choose/Choisissez	Choose/Choisissez
				Choose/Choisissez	Choose/Choisissez
				Choose/Choisissez	Choose/Choisissez
				Choose/Choisissez	Choose/Choisissez
				Choose/Choisissez	Choose/Choisissez
				Choose/Choisissez	Choose/Choisissez
				Choose/Choisissez	Choose/Choisissez
				Choose/Choisissez	Choose/Choisissez
				Choose/Choisissez	Choose/Choisissez

Pharmacist name/Nom du pharmacien:	Licence number/Permis d'exercice:
Signature:	Date:
Receiver name/Nom du receveur:	Licence number/Permis d'exercice:
Signature:	Date: