|  |  |
| --- | --- |
|  | **Notification du dépôt de médicaments du vétérinaire** |

|  |
| --- |
| 1. **Complétez ce document de préférence de manière électronique.**
2. **Imprimez et envoyez votre document, daté et signé, à l’adresse suivante :**

**Agence fédérale des médicaments et des produits de santé** **DG Inspection** **Notifications dépôts vétérinaires****Avenue Galilée 5/03****1210 Bruxelles****Après traitement de votre notification, vous recevriez votre numéro de dépôt par courrier. Veuillez conserver ce document pour référence ultérieure.****Remarques importantes**1. **Pour obtenir un numéro de dépôt, il faut réunir les conditions suivantes.**
	1. **Le vétérinaire dépositaire doit être habilité à pratiquer la médecine vétérinaire selon la** [loi sur l’exercice de la médecine vétérinaire du 28 août 1991](https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=1991082837&table_name=loi)**.**
	2. **Le dépôt doit être situé sur le territoire belge.**
2. **Le numéro du dépôt de médicaments destinés aux traitement des animaux est attribué à un vétérinaire dépositaire en personne. Il n’est pas possible de changer de vétérinaire dépositaire. Veuillez contacter**[l’inspecteur de votre région](https://www.afmps.be/sites/default/files/content/dp_inspecteurs_voor_website.pdf) **si vous avez des questions concernant les modifications que vous souhaitez apporter au dépôt. L’inspecteur vous indiquera la procédure à suivre.**
3. La notification est soumise à une rétribution, le montant se trouve dans [la loi de financement de l’AFMPS](http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/loi/2019/04/07/2019030478/justel) sous VII.4.1 (montant de base : 29 euros, indexé annuellement).
 |

|  |
| --- |
| **[ ]  Je suis titulaire d’un nouveau dépôt.****[ ]  Je suis titulaire du dépôt avec numéro …………………………….. et souhaite notifier une modification.****Attention : vous souhaitez ne plus être titulaire, contactez l’inspecteur pour votre région (voir point 2 ci-dessus).** |
| **Vétérinaire titulaire** (personne physique, demandeur du numéro dépôt) |
| Nom de famille : Prénoms (à compléter tels que mentionnés sur la carte d’identité) :Numéro de registre national :Numéro d’inscription à l’Ordre des médecins vétérinaires : N[ ] F[ ]  Tél. : GSM :E-mail :  |
| **Adresse administrative du dépôt** |
| Rue :  N°: Code postal : Commune :Numéro d’entreprise (BCE) de l’entreprise exploitant le dépôt, si d’application :Pratique de groupe : [ ]  Oui [ ]  Non Nombre d’établissements : |

|  |
| --- |
| Date de la notification :Signature du vétérinaire titulaire: |