**Formulaire de désignation d’un point de contact matériovigilance**

Institution de soins :

Adresse :

Code postal :

Ville :

**Titulaire**

Nom :

Prénom :

Adresse mail (si possible une adresse générique) :

Numéro de téléphone :

Numéro de fax :

Fonction au sein de l’institution de soins :

**Suppléant**

Nom :

Prénom :

Adresse mail (si possible une adresse générique) :

Numéro de téléphone :

Numéro de fax :

Fonction au sein de l’institution de soins :