



## Notification du dépôt de médicaments à usage vétérinaire

Comment utiliser ce document :

**A.** Complétez ce document **de préférence par voie électronique**. Ouvrez à cet effet le document en Acrobat Reader (version 7.0 ou supérieure). Si vous ne disposez pas d'Acrobat Reader, vous pouvez le télécharger sur <http://www.adobe.com>.

Après avoir ouvert le document, vous pouvez compléter vos données dans les cases prévues à cet effet. Si vous ne voyez pas de cases, c'est que vous n'utilisez probablement pas un lecteur compatible PDF.

Après avoir complété et vérifié toutes les cases qui s'appliquent pour vous, vous pouvez imprimer le document.

**B.** Vous apposez ensuite votre signature sur le document, et vous l'envoyez **par recommandé** à l'adresse suivante :

**Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé**

DG Inspection

Chef de division Délivrance

Eurostation II, Place Victor Horta 40/40

1060 Bruxelles

**C.** Vous pouvez également demander une version papier de ce document à l'adresse susmentionnée de l'AFMPS. Après réception, veuillez compléter toutes les données clairement et en lettres capitales, ce afin de permettre un traitement rapide et correct. Suivez ensuite les instructions au B.

Après traitement de votre notification, vous recevrez une lettre comprenant le numéro de dépôt qui vous a été attribué.

Vous désirez notifier un **nouveau** dépôt :

Complétez **les cases** prévues à cet effet, et suivez les instructions susmentionnées.

Vous désirez notifier une **modification** à un dépôt existant:

Complétez **les cases qui s'appliquent à la modification**, et complétez votre numéro de dépôt :

Numéro de dépôt :



**Adresse du dépôt (3) (si différente du 1 ou 2) :**

Rue : N° :

Code postal : Commune :

Tél. :

GSM :

Adresse e-mail du dépôt :

(pour la correspondance relative à la gestion du dépôt et aux communications urgentes en matière de pharmacovigilance et de recalls)

**Données de la pratique :**

Nom de la pratique :

Numéro d'entreprise (BCE) :

Pratique de groupe : Oui Non (cocher ce qui s'applique)

Nombre d'implantations (si pratique de groupe):

**Exercice de la médecine vétérinaire (1, 2 ou 3) :** (cocher ce qui s'applique)

**1. En tant que personne physique :**

**2. En tant que personne morale :**

Approuvée par l'Ordre : Oui Non (cocher ce qui s'applique)

Date de la publication au Moniteur belge :

Forme de société :

Siège social de la société

Rue: N°:

Code Postal : Commune:

Pays :

**3. En tant qu'association de fait :**

Approuvée par l'Ordre : Oui Non (cocher ce qui s'applique)

Date de la demande :

Signature du demandeur (vétérinaire dépositaire) :