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

|  |
| --- |
| **Comment utiliser ce document :****A. Complétez ce document de préférence par voie électronique.** **B. Imprimez et envoyez votre document, daté et signé, à l’adresse suivante :****Agence fédérale des médicaments et des produits de santé** **DG Inspection** **Notifications de dépôts vétérinaires****Avenue Galilée 5/03****1210 Bruxelles****Après traitement de votre notification, l’afmps vous enverra par courrier votre numéro de dépôt. 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,**
	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. Si vous avez des questions concernant les modifications que vous souhaitez apporter au dépôt, veuillez contacter l’inspecteur de votre région qui vous indiquera, le cas échéant, la procédure à suivre. La liste des inspecteurs est disponible sur le site web de l’afmps :** <http://www.fagg-afmps.be/>
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 EUR, indexé annuellement )
 |

|  |
| --- |
| **[ ]  Je suis titulaire d’un nouveau dépôt.****[ ]  Je suis titulaire du dépôt n°…………………………….. 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: |