|  |
| --- |
| **DESIGNATION DU MEDICAMENT IMPORTE** |
| **Dénomination**  | Nom de marque : |  |
| DCI :  |  |
| Numéro de code : |  |
| **Forme pharmaceutique**  |  |
| **Dosage**  |  |
| **Voie d'administration**  |  |
| **Classe thérapeutique / pharmacologique** |  |
| **Quantités importées** |  |
| **N° de lot(s) / date(s) de péremption** |  |
| **Origine**  | [ ]  biologique [ ]  chimique (synthétique ou hémi-synthétique) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **SITE DE CONDITIONNEMENT** | **SITE DE FABRICATION DU PRODUIT FINI** | **SITE DE LIBERATION** |
| Nom ou Raison sociale |  |  |  |
| Adresse et Pays |  |  |  |
| Téléphone |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **EXPÉDITEUR** | **IMPORTATEUR** | **DEPOSITAIRE** |
| Nom ou Raison sociale |  |  |  |
| Adresse et Pays |  |  |  |
| Téléphone |  |  |  |
| **STATUT DE L’IMPORTATEUR** |
| [ ]  Etablissement pharmaceutique  | [ ]  Pharmacie à usage intérieur | [ ]  Autre (préciser) : |

|  |
| --- |
| **OBJECTIFS DE L'IMPORTATION**  |
| [ ] Rupture de stock |
| [ ]  Autre (préciser) :  |

Autorisation valable pour **(rayer la mention inutile)**

* une seule opération dans un délai de 3 mois.
* ……. opération(s) dans un délai de … mois (pour une durée maximale d’un an) et pour le ou les objectifs d'importation déclaré(s) ci-dessus. Se reporter au tableau figurant au verso du présent formulaire.

|  |
| --- |
| **Cadre réservé à l’ANSM :**VISA PREALABLE et DATE |

**SYSTEME D’IMPUTATION - *ALLOCATION SYSTEM***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Opération (N°)** | **Date de l’opération** | **Quantité importée lors de l’opération** | **Quantité importée cumulée** | **Nom et signature du Pharmacien Responsable de l’Etablissement importateur** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

 (Rempli par l’importateur)