ENREGISTREMENT DES CORRESPONDANTS LOCAUX   
DE MATERIOVIGILANCE ET DU NUMERO DE FAX D’ALERTE

**DIRECTION DE LA MAITRISE DES FLUX**

**ET DES REFERENTIELS**

Pôle Gestion des référentiels

#### ***A retourner par email à*** [*communications.dm@ansm.sante.fr*](mailto:communications.dm@ansm.sante.fr)

#### ***Merci d’en informer en parallèle votre correspondant régional de matériovigilance le cas échéant***

# 1. ETABLISSEMENT

Nom : ……………………………………………………………………………………………………………………………….

Adresse : ……………………………………………………………………………………………………………………………

Code postal : …………… Ville : …………………………………………… Tél. du standard : ……………………………

N° SIRET de l’établissement : …………………………………………….

Type de structure :

Etablissement de santé public\* / HAD public, précisez : …………………………………………..

Etablissement de santé privé\* ou HAD privé, précisez : …………………………………………..

Association assurant le traitement de malades\*

Autre, précisez : …………………………………………………………………

\* *La nomination d’un CLMV et d’au moins un suppléant est obligatoire (Art. R. 5212-12 du code de la santé publique)*

**2. CORRESPONDANTS LOCAUX**

Adresse mail générique pour les correspondants : …………………………………………………………………………

**TITULAIRE :**

Nom, prénom : …………………………………………………………………………………………………………………

Service, fonction : ………………………………………………………………………………………………………………..

Tél : …………….…..……………...…… Fax *(pour toute correspondance avec l’ANSM)* : ….……………………..…

Email : ...……….……………………………………………………….

**SUPPLEANT :**

Nom, prénom : …………………………………………………………………………………………………………………

Service, fonction : ………………………………………………………………………………………………………………..

Tél : …………….…..……………...…… Fax *(pour toute correspondance avec l’ANSM)* : ….……………………..…

Email : ...……….……………………………………………………….

**SUPPLEANT :**

Nom, prénom : …………………………………………………………………………………………………………………

Service, fonction :………………………………………………………………………………………………………………..

Tél : …………….…..……………...…… Fax *(pour toute correspondance avec l’ANSM)* : ….……………………..…

Email : ...……….……………………………………………………….

**3. FAX ET MAIL D’ALERTE** *Vous ne pouvez communiquer qu’un seul numéro de fax d’alerte par établissement*

Numéro du fax sur lequel vous souhaitez recevoir les alertes (obligatoire) : ……………………………..

Adresse email sur laquelle vous souhaitez recevoir les alertes : …………………………………………………………..

Le (date) : ………………………..

Le directeur de l’établissement (le correspondant local le cas échéant) :

Signature :