**AANVRAAGFORMULIER VOOR DE GOEDKEURING VAN EEN DHPC
formulaire de DEMANDE DE VALIDATION D’UNE DHPC**

**Onderwerp DHPC – Intitulé de la DHPC** **:**

**Coördinator VHB-houder (in geval van een gemeenschappelijke DHPC) – Titulaire d’AMM coordinateur (en cas de DHPC commune) :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Betrokken VHB-houder(s)****Titulaire(s) d’AMM concerné(s)** | **BTW nummer(s) van de betrokken VHB-houder(s)****Numéro(s) de TVA du(des) titulaire(s) d’AMM concerné(s)** | **Contactpersoon VHB-houder(s) + E-mail(s)****Personne(s) de contact du(des) titulaire(s) d’AMM + E-mail(s)** | **Naam geneesmiddel(en)/ actieve stof(fen)****Nom(s) du(des) médica-ment(s)/substance(s) active(s)** | **Bedrag om te factureren(\*) (€)****Montant à facturer(\*) (€)**  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**(\*)** : te delen in geval van een gemeenschappelijke DHPC – à répartir en cas de DHPC commune

Datum – Date : Handtekening – Signature :