**Rapid Alert System - Formulaire de contact pour le traitement des défauts de qualité et en cas de médicaments falsifiés ou volés**

1. **Coordonnées générales de la firme**

Nom de la firme :

Adresse de la firme :

Nom de la personne qualifiée ou responsable :

Téléphone/GSM  :

Fax :

E-mail :

1. **Coordonnées de contact disponible 24 h/24 h**

Nom de la personne de contact

Fonction de la personne de contact :

GSM :

Fax :

E-mail :

1. **Coordonnées de contact pour les alertes concernant les médicaments falsifiés et volés**

E-mail :

Veuillez envoyer ce formulaire complété à

* d[istribution@afmps.be](mailto:istribution@afmps.be) (autorisation de distribution en gros)
* i[ndustry@afmps.be](mailto:ndustry@afmps.be) (autorisation d’une autorisation de fabrication)