



Agence Fédérale des Médicaments et des
Produits de Santé

ANNEXE 3 de la circulaire 567: FORMULAIRE DE NOTIFICATION

Dénomination complète:	
Adresse: Siège social Numéro d'entreprise	
Nom et prénom du/des demandeur(s) Responsable, autorisé par les statuts à signer cette demande	
Type de demandeur: Pharmacie hospitalière Centre Phase 1 Autre instance	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Personne de contact Nom: Adresse: téléphone e-mail	
Procédure: Aucune – uniquement reconstitution/ conditionnement (seulement pour les pharmacies hospitalières) Inspection dans le cadre de l'“early phase GMP” Demande selon l'AR 30/06/2004 (ajouter autres documents!)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Envoyer à : ct.rd@fagg.be (version électronique)

Ou à l'adresse ci-dessous à l'attention de “Division Recherche et Développement”

Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé
Eurostation II
Place Victor Horta 40/40
1060 Bruxelles

