

FORMULAIRE DE DEMANDE D’HOMOLOGATION DES MEDICAMENTS

Type de demande : Octroi Renouvellement variation

N° de dépôt de dossier :

Date de dépôt :

Dénomination spéciale du produit : -----

Présentation(Forme pharmaceutique ; dosage, conditionnement primaire, quantité) : -----

Dénomination(s) Commune(s) Internationale(s) : -----

Liste : -----

Composition qualitative et quantitative complète du produit : -----

Classe(s) thérapeutique(s) : -----

Indications thérapeutiques du produit : -----

Mécanisme d’action du produit : -----

Voie d’administration : -----

Adresse complète du fabricant : -----

Adresse du site de fabrication et du conditionnement : -----

Adresse complète du demandeur/Futur titulaire : -----

Nom et adresse de l'exploitant : -----

Nom et adresse du représentant du demandeur au Cameroun : -----

Nom et adresse du pharmacien (inscrit à l'ordre) interlocuteur au Cameroun : -----

Durée de vie du produit (en mois) : -----

Prix Grossiste Hors Taxe du pays d'origine (FCFA) : -----

Prix Public du Cameroun(FCFA) :-----

Fait le, à : -----

Visa :