|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **REPUBLIQUE DU CAMEROUN**  **PAIX - TRAVAIL - PATRIE** |  | **REPUBLIC OF CAMEROON**  **PEACE – WORK - FATHERLAND** |
| **--------------------** | **--------------------** |
| **MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE** | **MINISTRY OF PUBLIC HEALTH** |
| **--------------------** | **--------------------** |
| **SECRETARIAT GENERAL** | **SECRETARIAT GENERAL** |
| **--------------------** | **--------------------** |
| **DIRECTION DE LA PHARMACIE, DU**  **MEDICAMENT ET DES LABORATOIRES** | **DEPARTMENT OF PHARMACY, DRUGS**  **AND LABORATORIES** |
| **--------------------** | **--------------------** |

**FORMULAIRE DE DEMANDE D’HOMOLOGATION DES DISPOSITIFS MEDICAUX**

Type de demande : Octroi Renouvellement variation

N° de dépôt de dossier : Date de dépôt :

Désignation du produit :------------------------------------------------------------------------------------------------------

Description du produit :------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Quantité :---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Classification :-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Usage du produit:------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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 :-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

La durée de vie du produit (en mois) :------------------------------------------------------------------------------------

Le prix grossiste hors taxe du pays d’origine(FCFA) :-------------------------------------------------------------------

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

Fait le, à :---------------------------------------------

Visa :