

Informations concernant le produit :

Nom du produit : _____ Forme galénique : _____

Catégorie du produit : Médicament Dispositif médical Complément alimentaire

Matière première Autre : _____

CNK : _____ N° d'enregistrement : _____ GTIN : _____

Numéro(s) de(s) lot(s) : _____

Titulaire d'AMM/d'enregistrement/distributeur : _____

Motif du retrait :

Suppression d'enregistrement Suspension d'enregistrement Non-conformité - raison :

Suppression d'autorisation Suspension d'autorisation _____

Arrêt de commercialisation Autre : _____

Le produit fait-il partie des médicaments stupéfiants ou psychotropes* ? Oui Non

* Le SCM ne peut pas offrir le traitement logistique pour ces produits. Le demandeur devra assurer la logistique lui-même.

La fiche de données de sécurité (MSDS) du produit est-elle jointe ? Oui Non

Des produits déconditionnés (hôpital, PMI) sont-ils concernés par le retrait ? Oui Non

Si oui, le nombre d'unités sera automatiquement converti en nombre de conditionnements.

Date de publication souhaitée : _____

Publication aux groupes suivants :

Pharmaciens d'officine belges Hôpitaux belges Grossistes belges

Pharmaciens d'officine luxembourgeois Hôpitaux luxembourgeois Grossistes luxembourgeois

Informations concernant le demandeur :

Nom de la firme : _____

Adresse : _____

Numéro de TVA : _____

Personne de contact (+ e-mail): _____

Logistique et destruction via le SCM ? Oui Non

Comment se passe la logistique si elle ne se fait pas (pour certains groupes) via le SCM ?

Groupe	Explication

Remboursement des pharmaciens d'officine, hôpitaux et grossistes via le SCM :

Oui - % TVA : _____ Prix de remboursement aux pharmaciens d'officine (hors TVA): _____ €

Prix de remboursement aux hôpitaux (hors TVA): _____ €

Prix de remboursement aux grossistes (hors TVA): _____ €

Non - La firme se charge elle-même de l'indemnisation des pharmaciens d'officine, hôpitaux et grossistes dans les meilleurs délais après la clôture du retrait.

Par la présente, la firme demande au SCM de procéder au retrait du marché du (des) lot(s) du produit susmentionné et elle s'engage à indemniser les pharmaciens d'officine, les hôpitaux et les grossistes (via le SCM ou non) au prix d'achat (TVA incl.) des produits renvoyés.

La firme accepte de prendre à sa charge le coût du retrait fixé selon les barèmes du SCM.

Lu et approuvé au nom de la firme susmentionnée.

Signature :

Date : _____