



## Informations concernant le produit :

Nom du produit : \_\_\_\_\_

Catégorie du produit :

Médicament  Dispositif médical  Complément alimentaire  Matière première

Autre : \_\_\_\_\_

Forme galénique : \_\_\_\_\_

CNK : \_\_\_\_\_ Numéro d'enregistrement : \_\_\_\_\_

Numéro(s) de(s) lot(s) : \_\_\_\_\_

Titulaire d'AMM/d'enregistrement/distributeur : \_\_\_\_\_

Motif du retrait :

Suppression d'enregistrement  Suspension d'enregistrement

Suppression d'autorisation  Suspension d'autorisation

Non-conformité - raison : \_\_\_\_\_

Arrêt de commercialisation  Autre : \_\_\_\_\_

Nature du produit (si nécessaire) :

Cytostatique  Corrosif  Stupéfiant  Autre : \_\_\_\_\_

Des mesures spéciales de manipulation doivent-elles être prises ?

Oui  Non

Si oui, lesquelles? \_\_\_\_\_

Les produits déconditionnés (hôpitaux, PMI) sont-ils repris ?

Oui  Non

Date de publication du retrait souhaitée : \_\_\_\_\_

## Informations concernant le demandeur :

Nom de la firme : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Numéro de TVA : \_\_\_\_\_

Personne de contact (+ e-mail) : \_\_\_\_\_

## Remboursement des pharmaciens d'officine via le SCM :

Oui - Prix de remboursement aux pharmaciens (hors TVA): \_\_\_\_\_ €

Non - La firme se charge elle-même de l'indemnisation des pharmaciens d'officine dans les meilleurs délais.

## Destruction des conditionnements via le SCM :

Oui  Non

Attention : tous les conditionnements réceptionnés au SCM sont destinés à la destruction. Les stupéfiants et produits jugés trop dangereux par le SCM ne peuvent pas transiter par nos services.

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

J'accepte de prendre à ma charge le coût du retrait fixé selon les barèmes du SCM.

Lu et approuvé (signature + date)