

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 appartient-il aux catégories suivantes?:

Stupéfiant ou psychotrope* Produits inflammables, corrosifs ou comburants**

Hazardous drugs** (Veuillez joindre la fiche du produit)

* Ces produits ne peuvent pas transiter par nos locaux

** Ces produits nécessitent une analyse de risque favorable par le SCM pour transiter par nos locaux

Les produits déconditionnés (hôpitaux, 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 : _____

Groupes concernés :

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): _____

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.

Destruction des conditionnements via le SCM ? : Oui Non

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 (date et signature)

Lu et approuvé _____ Date _____