

POUR LES MÉDICAMENTS

Règlement (CE) n° 469/2009 du 6 mai 2009

POUR LES PRODUITS PHYTOPHARMACEUTIQUES

Règlement (CE) n° 1610/96 du 23 juillet 1996

REQUÊTE EN DÉLIVRANCE 1/2

Veillez remplir cette requête à l'encre noire

DB 15 W - 06 09

Réservé à l'INPI

<p>N° NATIONAL</p> <p>DATE DE RÉCEPTION</p> <p>LIEU DE RÉCEPTION</p> <p>BOPI DE DÉLIVRANCE</p> <p>DATE LIMITE DE VALIDITÉ</p>	<p>1 NOM ET ADRESSE DU DEMANDEUR OU DU MANDATAIRE À QUI LA CORRESPONDANCE DOIT ÊTRE ADRESSÉE</p> <p>▪</p> <p>▪</p>
<p>Vos références pour ce dossier (facultatif)</p>	
<p>2 BREVET DE BASE</p> <p>Brevet français <input type="checkbox"/></p> <p>Brevet européen <input type="checkbox"/></p> <p>Addition <input type="checkbox"/></p> <p>Division <input type="checkbox"/></p> <p>Date de dépôt <input type="text"/></p> <p>N° d'enregistrement national ou de dépôt européen <input type="text"/></p> <p>N° de publication <input type="text"/></p> <p>Date de délivrance <input type="text"/></p> <p>Date de remise de la traduction (<i>le cas échéant</i>) <input type="text"/></p>	<p>Cochez l'une des quatre cases suivantes</p>
<p>Titre de l'invention</p>	
<p>3 PREMIÈRE AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ AYANT EFFET EN FRANCE</p> <p>N° de dossier (<i>un seul n°</i>) <input type="text"/></p> <p>Date d'octroi <input type="text"/></p> <p>Date du dernier renouvellement <input type="text"/></p>	<p><input type="checkbox"/> Copie jointe</p>
<p>4 PREMIÈRE AUTORISATION DANS LA COMMUNAUTÉ OU DANS L'EEE</p> <p>N° de dossier (<i>un seul n°</i>) <input type="text"/></p> <p>Date d'octroi <input type="text"/></p> <p>Pays <input type="text"/></p> <p>Disposition légale du pays concerné <input type="text"/></p>	<p><input type="checkbox"/> Copie de sa publication au Journal officiel jointe ou à défaut copie de l'AMM</p>
<p>5 PRODUIT OBJET DU CERTIFICAT COMPLÉMENTAIRE DE PROTECTION (Dénomination Commune Internationale du ou des principe(s) actif(s) couvert(s) par l'autorisation de mise sur le marché et protégé(s) par le brevet)</p>	<p><input type="checkbox"/> Pièce jointe : Description du lien entre le produit et le brevet de base (facultatif)</p>
<p>6 DEMANDE DE PROROGATION</p>	<p><input type="checkbox"/> Cochez la case et utilisez le formulaire "certificat complémentaire de protection pour les médicaments - demande de prorogation"</p>

POUR LES MÉDICAMENTS

Règlement (CE) n° 469/2009 du 6 mai 2009

POUR LES PRODUITS PHYTOPHARMACEUTIQUES

Règlement (CE) n° 1610/96 du 23 juillet 1996

Réservé à l'INPI

N° NATIONAL

DATE DE RÉCEPTION

LIEU DE RÉCEPTION

BOPI DE DÉLIVRANCE

DATE LIMITE DE VALIDITÉ

REQUÊTE EN DÉLIVRANCE

Page suite N° /

Veillez remplir cette page à l'encre noire

DB 15 W - 06 09

Vos références pour ce dossier *(facultatif)*

7 DEMANDEUR

Nom
ou dénomination sociale

Prénoms

Forme juridique

N° SIREN

Code APE

Domicile
ou siège

Rue

Code postal et ville

Pays

Nationalité

N° de téléphone *(facultatif)*

N° de télécopie *(facultatif)*

Adresse électronique *(facultatif)*

7 DEMANDEUR

Nom
ou dénomination sociale

Prénoms

Forme juridique

N° SIREN

Code APE

Domicile
ou siège

Rue

Code postal et ville

Pays

Nationalité

N° de téléphone *(facultatif)*

N° de télécopie *(facultatif)*

Adresse électronique *(facultatif)*

**9 SIGNATURE DU DEMANDEUR
OU DU MANDATAIRE
(Nom et qualité du signataire)**

VISA DE L'INPI

