

**CERTIFICAT COMPLÉMENTAIRE
DE PROTECTION**

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

Veuillez remplir cette requête à l'encre noire

DB 15 W - 01-21

Réserve à l'INPI

N° NATIONAL	1 NOM ET ADRESSE DU DEMANDEUR OU DU MANDATAIRE À QUI LA CORRESPONDANCE DOIT ÊTRE ADRESSÉE
DATE DE RÉCEPTION	■
LIEU DE RÉCEPTION	■
BOPI DE DÉLIVRANCE	■
DATE LIMITE DE VALIDITÉ	■

Vos références pour ce dossier (facultatif)	
2 BREVET DE BASE	Cochez l'une des quatre cases suivantes
Brevet français	<input type="checkbox"/>
Brevet européen	<input type="checkbox"/>
Addition	<input type="checkbox"/>
Division	<input type="checkbox"/>
Date de dépôt	■ ■ ■ ■ ■ ■
N° d'enregistrement national ou de dépôt européen	
N° de publication	
Date de délivrance	■ ■ ■ ■ ■ ■
Date de remise de la traduction (<i>le cas échéant</i>)	■ ■ ■ ■ ■ ■

3 PREMIÈRE AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ AYANT EFFET EN FRANCE	<input type="checkbox"/> Copie jointe
N° de dossier (<i>un seul n°</i>)	
Date d'octroi	■ ■ ■ ■ ■ ■
Date du dernier renouvellement	■ ■ ■ ■ ■ ■
4 PREMIÈRE AUTORISATION DANS LA COMMUNAUTÉ OU DANS L'EEE	<input type="checkbox"/> Copie de sa publication au Journal officiel jointe ou à défaut copie de l'AMM
N° de dossier (<i>un seul n°</i>)	
Date d'octroi	■ ■ ■ ■ ■ ■
Pays	
Disposition légale du pays concerné	
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)	<input type="checkbox"/> Pièce jointe : Description du lien entre le produit et le brevet de base (facultatif)
6 DEMANDE DE PROROGATION	<input type="checkbox"/> Cochez la case et utilisez le formulaire "certificat complémentaire de protection pour les médicaments - demande de prorogation"

**CERTIFICAT COMPLÉMENTAIRE
DE PROTECTION**

REQUÊTE EN DÉLIVRANCE 2/2

N° NATIONAL	Réservé à l'INPI
-------------	------------------

DB 15 W - 01-21

Vos références pour ce dossier <i>(facultatif)</i>	
7 DEMANDEUR <input type="checkbox"/> S'il y a d'autres demandeurs, cochez la case et utilisez l'imprimé « Suite »	
Nom ou dénomination sociale	
Prénoms	
Forme juridique	
N° SIREN	
Code APE	
Domicile ou siège	Rue
	Code postal et ville
	Pays
Nationalité	
N° de téléphone <i>(facultatif)</i>	
N° de télécopie <i>(facultatif)</i>	
Adresse électronique <i>(facultatif)</i>	
8 MANDATAIRE	
Nom	
Prénom	
Cabinet ou Société	
Nationalité	
N° de pouvoir permanent et/ou de lien contractuel	
Adresse	Rue
	Code postal et ville
	Pays
N° de téléphone <i>(facultatif)</i>	
N° de télécopie <i>(facultatif)</i>	
Adresse électronique <i>(facultatif)</i>	
Si vous avez utilisé l'imprimé « Suite » indiquez le nombre de pages jointes :	
9 SIGNATURE DU DEMANDEUR OU DU MANDATAIRE (Nom et qualité du signataire)	
VISA DE L'INPI	

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

Réervé à l'INPI

N° NATIONAL

REQUÊTE EN DÉLIVRANCE

DATE DE RÉCEPTION

Page suite N° /

LIEU DE RÉCEPTION

BOPI DE DÉLIVRANCE

DATE LIMITE DE VALIDITÉ

Veuillez remplir cette page à l'encre noire

DB 15 W - 01-21

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 télecopie (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 télecopie (facultatif)

Adresse électronique (facultatif)

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

VISA DE L'INPI