

15 rue des Minimes - CS 50001 - 92677 Courbevoie Cedex

Pour vous informer : INPI Direct 0820 210 211

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 Réservé à l'INPI NOM ET ADDESSE DII DEMANDELLO OLI DII MANDATAIDE

N° NATIONAL	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	
Brevet européen	
Addition	
Division	
Date de dépôt	
N° d'enregistrement national	
ou de dépôt européen	
N° de publication	
Date de délivrance	
Date de remise de la traduction (le cas échéant)	
3 PREMIÈRE AUTORISATION	☐ Copie jointe
DE MISE SUR LE MARCHÉ	☐ Copie jointe
DE MISE SUR LE MARCHÉ AYANT EFFET EN FRANCE	☐ Copie jointe
DE MISE SUR LE MARCHÉ AYANT EFFET EN FRANCE N° de dossier (un seul n°)	☐ Copie jointe
DE MISE SUR LE MARCHÉ AYANT EFFET EN FRANCE N° de dossier (un seul n°) Date de l'AMM	
DE MISE SUR LE MARCHÉ AYANT EFFET EN FRANCE N° de dossier (un seul n°) Date de l'AMM Date du dernier renouvellement 4 PREMIÈRE AUTORISATION DANS LA	☐ Copie jointe Copie jointe Copie de sa publication au Journal officiel jointe ou à défaut copie de l'AMM
DE MISE SUR LE MARCHÉ AYANT EFFET EN FRANCE N° de dossier (un seul n°) Date de l'AMM Date du dernier renouvellement 4 PREMIÈRE AUTORISATION DANS LA COMMUNAUTÉ OU DANS L'EEE	
DE MISE SUR LE MARCHÉ AYANT EFFET EN FRANCE N° de dossier (un seul n°) Date de l'AMM Date du dernier renouvellement 4 PREMIÈRE AUTORISATION DANS LA COMMUNAUTÉ OU DANS L'EEE N° de dossier (un seul n°)	
DE MISE SUR LE MARCHÉ AYANT EFFET EN FRANCE N° de dossier (un seul n°) Date de l'AMM Date du dernier renouvellement 4 PREMIÈRE AUTORISATION DANS LA COMMUNAUTÉ OU DANS L'EEE N° de dossier (un seul n°) Date de l'AMM	
DE MISE SUR LE MARCHÉ AYANT EFFET EN FRANCE N° de dossier (un seul n°) Date de l'AMM Date du dernier renouvellement 4 PREMIÈRE AUTORISATION DANS LA COMMUNAUTÉ OU DANS L'EEE N° de dossier (un seul n°)	
DE MISE SUR LE MARCHÉ AYANT EFFET EN FRANCE N° de dossier (un seul n°) Date de l'AMM Date du dernier renouvellement 4 PREMIÈRE AUTORISATION DANS LA COMMUNAUTÉ OU DANS L'EEE N° de dossier (un seul n°) Date de l'AMM Pays	



CERTIFICAT COMPLÉMENTAIRE DE PROTECTION

REQUÊTE EN DÉLIVRANCE 2/2

	Réservé à l'INPI			
N° NATIONAL				
				DB 15 - 10-12
Vos références	nour ce dossier			22 10 .5 .2
(facultatif)	pour de adouis.			
7 DEMANDEU	R	S'il y a d'autres dema	andeurs, cochez l	a case et utilisez l'imprimé «Suite»
Nom				
ou dénominat	ion sociale			
Prénoms				
Forme juridiqu	ie			
N° SIREN				
Code APE				
Domicile	Rue			
ou siège	Code postal et ville			
	Pays			
Nationalité				
N° de télépho			-	
N° de télécopi				
Adresse électr	ronique (facultatif)			
8 MANDATAIR	E			
Nom				
Prénom				
Cabinet ou So	ociété			
Nationalité				
N° de pouvoir de lien contra	permanent et/ou ctuel			
Advance	Rue			
Adresse	Code postal et ville			
	Pays			
N° de télépho				
N° de télécopi				
	ronique (facultatif)			
	utilisé l'imprimé «Suite» nombre de pages jointes :			
OU DU MA	DU DEMANDEUR NDATAIRE Ilité du signataire)	•		VISA DE L'INPI

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6.01.1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de l'INPI. Les données à caractère personnel que vous êtes tenu(e) de nous fournir dans ce formulaire sont exclusivement utilisées pour identifier le titulaire de la demande et son éventuel mandataire.



CERTIFICAT COMPLÉMENTAIRE DE PROTECTION

POUR LES MÉDICAMENTS



		Règlement (CE) n° 469/2009 du 6 mai 2009	
		□POUR LES PRODUITS PHYTOPHA	RMACEUTIQUES
		Règlement (CE) n° 1610/96 du 23 juillet 1996	-
	Réservé à l'INPI	1	
N° NATIONAL		requête en délivi	RANCE
DATE DE RÉCEPTIO	N		
LIEU DE RÉCEPTION	V		
Bopi de délivrano	CE	Page suite N°	/
DATE LIMITE DE VAI		Veuillez remplir cette page à l'encre noire	DB 15 - 10-12
WWW.	s pour ce dossier (facultatif)		
7 DEMANDE	UR		
Nom			
ou dénomina	ation sociale		
Prénoms			
Forme juridio	que		
N° SIREN			
Code APE			
Domicile	Rue		
ou siège	Code postal et ville		
	Pays		
Nationalité			
N° de téléph	one (facultatif)		
N° de téléco	pie (facultatif)		
Adresse élec	tronique (facultatif)		
7 DEMANDE	UR		Account of the second of the s
Nom ou dénomina	ation sociale		

Prénoms Forme juridique N° SIREN Code APE Rue Domicile ou siège Code postal et ville Pays Nationalité N° de téléphone (facultatif) N° de télécopie (facultatif) Adresse électronique (facultatif) **VISA DE L'INPI**

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



REQUÊTE EN DÉLIVRANCE DE CCP ANNEXE



A remplir par la ance de dépôt ance annuelle de maintien en vigueur	le demandeur
ance annuelle de maintien en vigueur	
TOTAL	
	Euros
Mode de r	règlement
dat Chèque	Virement Autres :
prisation de prélèvement	Signature du représentant autorisant
mpte client ouvert à l'INPI	le prélèvement sur compte client
mpte :	
énom du signataire	
s pour ce dossier	
DRESSE DU DEMANDEUR OU DU MANDATAIRE	NOM ET ADRESSE DE LA PERSONNE À QUI DOIT ÊTRE AD LE REÇU DE PAIEMENT (si différent du cadre 1)
•	•