

15 rue des Minimes - CS 50001 - 92677 Courbevoie Cedex

Pour vous informer : INPI Direct 0820 210 211

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 - 10-12

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>
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 (le cas échéant)	
Titre de l'invention	
3 PREMIÈRE AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ AYANT EFFET EN FRANCE	
<input type="checkbox"/> Copie jointe	
N° de dossier (un seul n°)	
Date de l'AMM	
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 (un seul n°)	
Date de l'AMM	
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"	

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 - 10-12

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

Détail des redevances versées

À remplir par le demandeur

Redevance de dépôt	
Redevance annuelle de maintien en vigueur	
TOTAL	Euros

Mode de règlement

Mandat Chèque Virement Autres :

Autorisation de prélèvement
sur le compte client ouvert à l'INPI

Signature du représentant autorisant
le prélèvement sur compte client

N° du compte :

Nom Prénom du signataire

Vos références pour ce dossier

(facultatif)

1 NOM ET ADRESSE DU DEMANDEUR OU DU MANDATAIRE

NOM ET ADRESSE DE LA PERSONNE À QUI DOIT ÊTRE ADRESSÉ
LE REÇU DE PAIEMENT (si différent du cadre 1)

•

•

•

•

Nom ou dénomination sociale
du demandeur