|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **REPUBLIQUE DU CAMEROUN**PAIX - TRAVAIL - PATRIE |  | **REPUBLIC OF CAMEROON**PEACE – WORK - FATHERLAND |
| -------------------- | -------------------- |
| **MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE** | **MINISTRY OF PUBLIC HEALTH** |
| -------------------- | -------------------- |
| SECRETARIAT GENERAL | SECRETARIAT GENERAL |
| -------------------- | -------------------- |
| DIRECTION DE LA PHARMACIE, DU MEDICAMENT ET DES LABORATOIRES | DEPARTMENT OF PHARMACY, DRUGSAND LABORATORIES |
| -------------------- | -------------------- |

**FORMULAIRE DE DEMANDE D’HOMOLOGATION DES REACTIFS**

Type de demande : Octroi Renouvellement variation

N° de dépôt de dossier : Date de dépôt :

Désignation du produit :-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Composition qualitative et quantitative complète du produit et ou du coffret :---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Utilisations :-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Mode d’emploi:---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Pré-qualification OMS ou norme de fabrication : -----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Performances du réactif ( seuil de détectabilité, sensibilité et spécificité) : ----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Principe de la technique : ----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Présentation : ------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Adresse complète du fabricant :--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Adresse du site de fabrication et du conditionnement :--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Adresse complète de l’exploitant :--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Adresse complète du demandeur/Futur titulaire :---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Adresse complète du ou des distributeur (s) :---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Nom et adresse du représentant du demandeur au Cameroun : ------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Nom et adresse du pharmacien (inscrit à l’ordre) interlocuteur au Cameroun :-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

La durée de vie du produit (en mois) :------------------------------------------------------------------------------------

Le Prix Grossiste Hors Taxe du pays d’origine (FCFA):----------------------------------------------------------------

Le Prix Public Cameroun  (FCFA):-------------------------------------------------------------------------------------------

Fait le, à :---------------------------------------------

Visa :