

**ENREGISTREMENT DES
CORRESPONDANTS LOCAUX
DE MATÉRIOVIGILANCE ET DU
NUMERO DE FAX D'ALERTE**

**à retourner par télécopie au 01 55 87 37 02 ou par e-mail à
materiovigilance@ansm.sante.fr**

1. ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ (entité juridique, hôpital ou groupe hospitalier selon l'organisation choisie)

Nom :
Adresse :
Code postal : Ville : Tél. Standard :
Code établissement attribué par l'ANSM (figure sur chaque accusé de réception d'un signalement d'incident)

Type d'établissement :

- Etablissement de santé public -> Préciser : CHU CHR CH Hôpital local Autre
- Etablissement de santé privé
- Association de patients Assoc. distribuant des DM à domicile
- Association assurant le traitement des malades Service départemental d'incendie et de secours
- Etablissement médico-social Professionnel de santé non hospitalier
- Autre(préciser).....

N° SIRET de l'établissement : _ _ _ _ _

2. CORRESPONDANTS LOCAUX DE MATÉRIOVIGILANCE

TITULAIRE


Nom,prénom :
Service : Fonction :
Tel : Fax (pour toute correspondance avec l'ANSM) :
Email :

SUPPLÉANT(S)

| Nom(s), prénom(s) : | Service(s) : | Téléphone(s) : | Fax : |
|---------------------|--------------|----------------|-------|
| | | | |
| | | | |

3. FAX D'ALERTE

Numéro du fax sur lequel vous souhaitez recevoir les alertes de matériovigilance :

 *Vous ne pouvez communiquer qu'un seul numéro de fax d'alerte par établissement*

Le (date) :

Le directeur de l'établissement (le Correspondant local de matériovigilance le cas échéant) :

Signature :