

Direction de l'évaluation des dispositifs médicaux
Département des dispositifs médicaux
Unité matériovigilance

ENREGISTREMENT DES CORRESPONDANTS LOCAUX DE MATERIOVIGILANCE - SYSTEME D'ALERTE

à retourner par télécopie au 01 55 87 37 02

(pour toute nomination de correspondant local de matériovigilance et/ou modification apportée à l'un des éléments ci-dessous)

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

Nom :

Adresse :

Code postal : Ville : Tél. Standard :

Type d'établissement : **Etablissement public** **Org. Privé non lucr.** **Org. Privé comm.**
 CHU CHR Hôpital local CH Centre hospitalier spécialisé Autre (préciser)
 N° FINESS

2. CORRESPONDANT LOCAL DE MATÉRIOVIGILANCE : TITULAIRE

Nom, prénom :

Service : Fonction :

Tel : Fax (pour toute correspondance avec l'afssaps) :

Email:

3. CORRESPONDANT(S) SUPLÉANT(S)

Nom(s), prénom(s): Service :

.....

.....

NUMERO DE FAX

SUR LEQUEL VOUS SOUHAITEZ RECEVOIR LES ALERTES EN MATERIOVIGILANCE

.....

Le (date) :

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

Signature