

Compléter un formulaire par DIN

Indiquer Original ou Modification

1 APPELATION(S) ET USAGE(S) DU MÉDICAMENT

Appelation commerciale :	
Appelation générique :	
Usage(s) thérapeutique(s) approuvé(s) par Santé Canada :	<input type="checkbox"/> Humaine <input type="checkbox"/> Vétérinaire

2 AVIS DE CONFIRMITÉ

1 ^{er} avis de conformité					
A	M	J			

Indiquer
si nécessaire

- Programme de médicaments d'urgence
ou
 Drogue de recherche

3 NUMÉRO D'IDENTIFICATION DE DROGUE (DIN ou produit GP)

Numéro d'identification de drogue	Forme posologique	Concentration / Unité

4 NUMÉRO DE BREVET DES INVENTIONS DU BREVETÉ, OU DE L'ANCIEN BREVETÉ, LIÉES AU MÉDICAMENT

Numéro de brevet	Date d'octroi	Date d'expiration
	A M J	A M J
	A M J	A M J
	A M J	A M J
	A M J	A M J
	A M J	A M J

5 BREVETÉ, OU ANCIEN BREVETÉ, SOUMETTANT LES RENSEIGNEMENTS

Nom du breveté
Adresse du breveté
Indiquer si le breveté soumettant les renseignements est : <input type="checkbox"/> le titulaire du brevet <input type="checkbox"/> le titulaire d'une licence <input type="checkbox"/> autre (spécifier) _____

6 CERTIFIÉ PAR : (conformément à l'article 7 du Règlement sur les médicaments brevetés)

Par la présente je certifie que les renseignements présentés sont exacts.	
Signature du breveté soumettant les renseignements, de l'ancien breveté ou de son dirigeant :	
Titre :	
Date :	
Téléphone : (____) ____-_____	Télécopieur : (____) ____-_____