



**FORMULAIRE V: DÉCLARATION CONCERNANT LA LISTE DE BREVETS**  
**Règlement sur les médicaments brevetés (avis de conformité)**  
**REEMPLIR UN FORMULAIRE PAR BREVET PAR DIN**

**PARTIE 1**

PRÉSENTATION DÉJÀ DÉPOSÉE: OUI \_\_\_\_\_ NON \_\_\_\_\_ SI OUI, N° DE LA PRÉSENTATION \_\_\_\_\_  
 AMENDEMENT À UN FORMULAIRE DÉPOSÉ ANTÉRIEUREMENT: OUI \_\_\_\_\_ NON \_\_\_\_\_

**PARTIE 2**

**PRODUIT DE LA SECONDE PERSONNE**

INGRÉDIENT(S) MÉDICINAL(AUX):

MARQUE NOMINATIVE:

FORME POSOLOGIQUE:

VOIE(S) D'ADMINISTRATION:

HUMAIN:

OU

VÉTÉRINAIRE:

CONCENTRATION PAR UNITÉ

UTILISATION(S) DE L'INGRÉDIENT OU DES INGRÉDIENTS MÉDICINAL(AUX):

**PARTIE 3**

**PRODUIT DE RÉFÉRENCE DE LA PREMIÈRE PERSONNE:** En vertu des paragraphes 5(1) et 5(2) du *Règlement*, veuillez prendre en compte chaque brevet inscrit au Registre à l'égard de la drogue à laquelle votre présentation de drogue, directement ou indirectement, compare ou y fait renvoi.

INGRÉDIENT(S) MÉDICINAL(AUX):

MARQUE NOMINATIVE:

FORME POSOLOGIQUE:

DIN:

HUMAIN:

OU

VÉTÉRINAIRE:

VOIE(S) D'ADMINISTRATION::

CONCENTRATION PAR UNITÉ

UTILISATION(S) DE L'INGRÉDIENT OU DES INGRÉDIENTS MÉDICINAL(AUX):

NOM DU FABRICANT:

**PARTIE 3.1**

NUMÉRO DU BREVET

DATE D'EXPIRATION (aaaa-mm-jj)

**PARTIE 3.2 COCHER S'IL Y A LIEU:**

La seconde personne a obtenu le consentement du propriétaire du brevet pour la fabrication, la construction, l'utilisation ou la vente de la drogue au Canada.

La seconde personne accepte que l'avis de conformité ne sera pas délivré avant l'expiration du brevet ci-haut mentionné.

**La seconde personne allègue que:**

la déclaration faite par la première personne aux termes de l'alinéa 4(4)d) est fausse;

le brevet est expiré;

le brevet n'est pas valide;

elle ne contreferait aucune revendication de l'ingrédient médicinal, revendication de la formulation, revendication de la forme posologique ni revendication de l'utilisation de l'ingrédient médicinal en fabricant, construisant, utilisant ou vendant la drogue pour laquelle la présentation est déposée.

**REMARQUE: SI UNE OU PLUSIEURS ALLÉGATIONS CI-DESSUS MENTIONNÉES ONT ÉTÉ COCHÉES, VOUS DEVEZ VOUS CONFORMER AU PARAGRAPHE 5(3) DU RÈGLEMENT.**

**PARTIE 4**

ATTESTATION: *J'atteste que les renseignements inclus dans la présente Déclaration sont exacts et conformes aux exigences du Règlement sur les médicaments brevetés (avis de conformité).*

NOM:

TITRE:

ADRESSE:

NOM DU FABRICANT:

SIGNATURE:

DATE:

CONTACT:

# TÉLÉPHONE:

# TÉLÉCOPIEUR:

**PARTIE 5*****POUR USAGE ADMINISTRATIF SEULEMENT:******N° DE LA PRÉSENTATION:******DATE DE DÉPÔT:******REMARQUES:***