

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

à retourner par télécopie au **01 55 87 37 02** ou par e-mail à **dedim.ugsv@afssaps.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'Afssaps (figure sur chaque accusé de réception d'un signalement d'incident)

Type d'établissement : Etablissement public Org. Privé non lucr. Org. Privé comm.

Détail : CHU CHR Hôpital local CH Centre hospitalier spécialisé Autre(préciser).....

N° FINESS

2. CORRESPONDANTS LOCAUX DE MATÉRIOVIGILANCE

TITULAIRE

Nom,prénom :

Service : Fonction :

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


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 :