

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

**DIRECTION DE LA MAÎTRISE DES FLUX
ET DES RÉFÉRENTIELS**
Pôle Gestion des référentiels

**A retourner par email à communications.dm@ansm.sante.fr ou par télécopie au 01 55 87 32 76
Merci d'en informer en parallèle votre correspondant régional de matériovigilance le cas échéant**

1. ÉTABLISSEMENT

Nom :

Adresse :

Code postal : Ville : Tél. du standard :

N° SIRET de l'établissement :

Type de structure :

Établissement de santé public* / HAD public, précisez :

Établissement de santé privé* ou HAD privé, précisez :

Association assurant le traitement de malades*

Autre, précisez :

* La nomination d'un CLMV et d'au moins un suppléant est obligatoire (Art. R. 5212-12 du code de la santé publique)

2. CORRESPONDANTS LOCAUX

Adresse mail générique pour les correspondants :

TITULAIRE :

Nom, prénom :

Service, fonction :

Tél : Fax (pour toute correspondance avec l'ANSM) :

Email :

SUPPLÉANT :

Nom, prénom :

Service, fonction :

Tél : Fax (pour toute correspondance avec l'ANSM) :

Email :

SUPPLÉANT :

Nom, prénom :

Service, fonction :

Tél : Fax (pour toute correspondance avec l'ANSM) :

Email :

3. FAX ET MAIL D'ALERTE Vous ne pouvez communiquer qu'un seul numéro de fax d'alerte par établissement

Numéro du fax sur lequel vous souhaitez recevoir les alertes (obligatoire) :

Adresse email sur laquelle vous souhaitez recevoir les alertes :

Le (date) :

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

Signature :