

**PARTIE A REMPLIR PAR LE DEMANDEUR :**

- Statut du bénéficiaire :

- Un établissement de santé relevant de l'Etat
- Une collectivité locale
- Le croissant rouge marocain
- Une association reconnue d'utilité publique opérant dans le domaine de la santé

- Dénomination du bénéficiaire : .....

Adresse : .....

Tél : ..... Fax : .....

- Nom ou raison sociale du donateur et son adresse : .....

- Pays de provenance : .....

- Lieu de transit : .....

- Nom et adresse du pharmacien ou du responsable chargé de la supervision de l'opération de don :  
 .....  
 .....

**PARTIE RESERVEE A L'ADMINISTRATION**

N° de réception : .....

Pièces fournies		Observations
Lettre de demande du bénéficiaire 3 exemplaires	<input type="checkbox"/>	.....
Attestation de don (nom ou raison sociale du donateur, adresse + identité du bénéficiaire)	<input type="checkbox"/>	.....
Liste des produits avec les mentions suivantes :	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Désignations des Dispositifs Médicaux (en arabe, français ou anglais)</li> <li>- La quantité (préciser le nombre d'unité)</li> <li>- Numéro de lot</li> <li>- Date de fabrication</li> <li>- Date de péremption, cas échéant</li> <li>- Durée de validité lorsqu'elle existe (la durée de validité restante doit être <math>\geq \frac{1}{4}</math> de la durée de validité totale)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> .....</li> <li><input type="checkbox"/> .....</li> <li><input type="checkbox"/> .....</li> <li><input type="checkbox"/> .....</li> <li><input type="checkbox"/> .....</li> <li><input type="checkbox"/> .....</li> </ul>
Justification du statut bénéficiaire, le cas échéant (copie du décret)	<input type="checkbox"/>	.....
Engagement du pharmacien ou du responsable chargé de la supervision de l'opération de don	<input type="checkbox"/>	.....
Document garantissant la fabrication des Dispositifs Médicaux selon les normes en vigueur (Déclaration de conformité du fabricant)	<input type="checkbox"/>	.....
Attestation de commercialisation des Dispositifs Médicaux dans le pays d'origine (Certificat de marquage CE ou FDA ou équivalent)	<input type="checkbox"/>	.....

*NB/ Conformément aux dispositions de l'article 22 de la loi 84-12 relative aux Dispositifs Médicaux, la déclaration de don à l'administration doit se faire dans un délai de 30 jours francs avant l'expédition de don.*

<b><u>PARTIE BENEFICIAIRE</u></b>	<b><u>ENREGISTREMENT DES MEDICAMENTS ET PRODUITS DE SANTE</u></b>
Personne chargée du dépôt (nom et signature)	
Date : .... / .... / .....	Signature et cachet :
Date : .... / .... / ....	Signature :

Dossier recevable     Dossier irrecevable.  
 Signature :

Réf : DE ER DM/06

Edition : 1

Date d'application : 01/02/2017

Page : 1 sur 1

**ENREGISTREMENT**

**DEMANDE D'AUTORISATION D'IMPORTATION DES  
DISPOSITIFS MEDICAUX A TITRE DE DON**

Direction du  
Médicament et de la  
Pharmacie

--	--