

**DECLARATION DU PRIX DE CESSION HORS TAXE
D'UN DISPOSITIF MEDICAL CLASSE III**

1-Objet :

Fixation du prix d'un Nouveau Dispositif Médical classe III

Fixation du prix à l'occasion d'une Autorisation Spécifique

Révision du prix à l'occasion du Renouvellement Quinquennal

Révision du prix d'un Dispositif Médical classe III : Baisse Hausse

2-Désignation du dispositif médical :

3-Numéro de référence :

4-Nom de marque/Nom commercial :

5-Nom de l'établissement titulaire de l'enregistrement:

6-Nom et adresse de l'établissement de fabricant :

7-Numéro et date du certificat d'enregistrement :

Je soussigné(e), Monsieur/Madame, représentant légal de l'établissement, déclare que le prix de cession hors taxes (PCHT) du dispositif médical objet de la présente déclaration est de :

PC HT=DH

Cachet et Signature
du Représentant légal de l'Etablissement

Date