

**FORMULAIRE DE DEMANDE DE FIXATION OU DE REVISION DE PRIX DE
VENTE PUBLIC ET PRIX DE FACTURATION D'UN DISPOSITIF MEDICAL
CLASSE III**

1-Objet :

Fixation du prix d'un Dispositif Médical classe III

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

2-DESIGNATION DU DISPOSITIF MEDICAL :

3-NUMERO DE REFERENCE :

4-NOM DE MARQUE/NOM COMMERCIAL :

5-STATUT DU DISPOSITIF MEDICAL :

- ❖ Fabriqué localement
- ❖ Importé
- ❖ Importé semi-fini

6-NOM DE L'ETABLISSEMENT TITULAIRE DE L'ENREGISTREMENT:

7-NOM ET ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT DE FABRICATION:

8-NUMERO ET DATE DU CERTIFICAT D'ENREGISTREMENT :

**CACHET ET SIGNATURE
DU REPRESENTANT LEGAL DE L'ETABLISSEMENT**