

**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 :