**Demande de suppression d’autorisation de mise sur le marché d’un médicament ou de conditionnement(s)**

 **(AMM non-communautaire)**

***(Règlement grand-ducal modifié du 15 décembre 1992 relatif à la mise sur le marché des médicaments)***

1. **Dénomination, dosage et forme pharmaceutique du médicament :**

**…………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………**

1. **Nom ou raison sociale du titulaire demandeur ou de son mandataire :**

**…………………………………………………………………………….**

**…………………………………………………………………………….**

**(à joindre le cas échéant le mandat)**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Demande de suppression d’AMM |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Demande de suppression de certains conditionnements, à énumérer par leur numéro national |

Date de la demande : …………………………

Nom et signature du titulaire demandeur ou de son mandataire : …………………………

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Numéro national**  | **Dénomination** | **Dosage** | **Forme pharmaceutique****ID EDQM / ID LUX** | **Conditionnement** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |