**ANNEXE 8 : COORDONNEES DES DIFFERENTS CORRESPONDANTS/INTERLOCUTEURS DE L’ENTREPRISE**

**PN 25-15C IAP (Valves et DM de chirurgie cardiaque)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Raison sociale du candidat** | **Adresse du siège social** | **Téléphone :**  **Télécopie :**  **Adresse électronique :**  **Adresse internet (U.R.L.) : https://** |
|  |  |

**Partie I :**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nom du responsable** | **Adresse** | **Téléphone** | **Télécopie** | **Adresse électronique** |
| **Ayant qualité pour engager la société** |  |  |  |  |  |
| **Ayant qualité d’interlocuteur** |  |  |  |  |  |
| **Services** | **Nom du responsable** | **Adresse** | **Téléphone** | **Télécopie** | **Adresse électronique** |
| **Marchés** |  |  |  |  |  |
| **Commandes** |  |  |  |  |  |
| **Facturation** |  |  |  |  |  |
| **MARCHES : adresse générique ou, à défaut, trois adresses de correspondants du service marchés à laquelle l'éventuelle notification du marché doit être transmise électroniquement.** | | | | |  |

**Partie II :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Statut d’établissement pharmaceutique** | **Responsabilité pharmaceutique assurée par la société** | **Correspondant vigilance** | **Responsable Affaires règlementaires** |
| 🞎 OUI | 🞎 OUI | 🞎 OUI  NOM :  Prénom :  Téléphone :  Adresse électronique : | 🞎 OUI  NOM :  Prénom :  Téléphone :  Adresse électronique : |
| 🞎 NON | 🞎 NON | 🞎 NON | 🞎 NON |