**Informations générales :**

|  |
| --- |
| **Désignation de l’Etablissement demandeur :** |
| **Date de la demande :** XX/XX/20XX |
| **Nom et prénom du demandeur :** |
| **Fonction :** |
| **Coordonnées du demandeur :**  • Adresse :  • Téléphone :  • Adresse mail : |

**Informations sur la demande :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Désignation du produit** | Antitoxine diphtérique  Antitoxine botulique heptavalente (A, B, C, D, E, F et G) |
| **Quantités demandées** |  |
| **Demande d’AAC obtenue auprès de l’ANSM** | Oui (à transmettre avec le bon de commande)  En cours (à transmettre dès qu’elle est obtenue)  Non |
| **Lieu et adresse de livraison** |  |
| **Coordonnées de la personne contact** |  |
| **Commentaires :** | |

Nom et prénom :

Signature et cachet de l’établissement :

**Document à adresser par mail à :** [**astreinte-pharma@santepubliquefrance.fr**](mailto:astreinte-pharma@santepubliquefrance.fr)

**Tél. : 06 67 44 55 87**