



Santé  
Canada

Health  
Canada

Protégé B (une fois rempli)

## Détails du paiement en avance pour fiches maîtresses pour les médicaments à usage humain et les désinfectants assimilés à drogues et demandes de certificat de protection supplémentaire

### Coordonnées de contact

Nom du contact : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

International : \_\_\_\_\_

### Paiement de la fiche maîtresse (FM)

Nom de la FM : \_\_\_\_\_

Numéro de la FM (si délivré) : \_\_\_\_\_

Nom de l'entreprise : \_\_\_\_\_

### Paiement de la demande de certificat de protection supplémentaire

Nom du demandeur : \_\_\_\_\_

Numéro de brevet : \_\_\_\_\_

Numéro de la présentation de drogue nouvelle : \_\_\_\_\_

Ce formulaire contient renseignements ce qui ne devrait pas être inclus avec une présentation électronique, vu que le renseignement ne peut pas être supprimé et restera avec la présentation enregistrée. En tant que tel, s'il vous plaît, l'envoyer séparément par courrier ou par fax au Bureau des présentations de la propriété intellectuelle, à l'attention: le recouvrement des coûts. Bureau des présentations et de la propriété intellectuelle, Direction des produits thérapeutiques, Santé Canada, 101 promenade du Pré Tunney, Immeubles des Finances, de l'adresse 0201A1, Ottawa, Ontario K1A 0K9. Numéro du télécopieur : 613-941-0825.

Canada

## Virements télégraphiques

La date à laquelle les fonds ont été câblés (aaaa-mm-jj) : \_\_\_\_\_

La valeur des fonds (en devises canadiennes) : \_\_\_\_\_

Le nom de la banque d'où les fonds ont été envoyés : \_\_\_\_\_

Une copie du reçu de transaction de votre banque est ci-jointe

## Chèque / Traités bancaires / Mandat-poste

Chèque / numéro de traités bancaires : \_\_\_\_\_

## Carte de crédit (Toutes les cartes de crédit doivent être équipées pour faire des transactions internationales de tierce partie.)

Nom de l'entreprise : \_\_\_\_\_

Nom de la fiche maîtresse / Nom du produit : \_\_\_\_\_

Carte de crédit : \_\_\_\_\_

Nom du titulaire de la carte de crédit : \_\_\_\_\_

Numéro de la carte de crédit (indiquer le numéro dans son intégralité) : \_\_\_\_\_

Adresse du titulaire de la carte de crédit :  
\_\_\_\_\_

Numéro de téléphone du titulaire de la carte de crédit : \_\_\_\_\_

International : \_\_\_\_\_

Date d'expiration de la carte de crédit (aaaa-mm) : \_\_\_\_\_

### Obligatoire si l'option de carte de crédit est utilisée :

Signataire autorisé : \_\_\_\_\_

## Veuillez appliquer le crédit suivant

Numéro de client: \_\_\_\_\_

Nom de l'entreprise: \_\_\_\_\_

Quantité du crédit existant: \_\_\_\_\_

Quantité du crédit existant devant être appliqué : \_\_\_\_\_

**Paiement de facture(s) / État de compte par l’intermédiaire d’une institution financière**

Numéro de compte du client : \_\_\_\_\_  
p. ex. DRSE0000

Numéro de référence du client : \_\_\_\_\_

Numéro de la (des) facture (s) à acquitter : \_\_\_\_\_

Date de paiement des fonds: aaaa-mm-jj : \_\_\_\_\_

Valeur des fonds payés (en devises canadiennes) : \_\_\_\_\_