**Formulaire sur les frais pour Fiche maîtresse pour les médicaments à usage humain**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **PROPRIÉTAIRE FM/AGENT** | | | | |
| **Nom de la fiche maîtresse (FM) :** | | | | |
| **Numéro de la FM (si délivré) :** | | | | |
| **Nom de l’entreprise de la FM :** | | | | |
| **Numéro d’entreprise :**  (Fournissez le numéro à neuf chiffres que l'Agence du revenu du Canada a attribué au titulaire/agent autorisé de la FM, le cas échéant.) | | | | |
| 1. **CALCUL DU PAIEMENT** | | | | |
| **Enregistrement d’une fiche maîtresse (FM) :** | | x $ 1351 Cdn = | $ | |
| **FM mise à jour:** | | x $ 587 Cdn = | $ | |
| **Nombre de lettre d’accès jointes :** | | x $ 192 Cdn = | $ | |
| **Frais totaux (Somme totale) :** | | | $ | |
|  | | | | |
| **Frais payè par :**  Propriétaire  Agent | | | | |
| **Numéro de client (si disponible) :** | | | | |
| **3. CERTIFICATION** | | | | |
| **N'envoyez pas de paiement avec votre demande. Santé Canada vérifiera les frais et émettra une facture en conséquence.**  **Pour plus d'informations sur les frais de MF et le paiement des factures, veuillez-vous référer au site Internet** [**Financement et frais**](https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/financement-frais.html)**.**  Je, soussigné, certifie que :  1. Les informations et le matériel inclus dans ce formulaire sont exacts et complets.  2. Aucune information n'est fausse ou trompeuse et aucune omission n'a été faite qui pourrait affecter son exactitude et son exhaustivité. | | | | |
|  |  | | |  |
| Nom du signataire autorisé | Signature | | | Date (AAAA-MM-JJ) |