



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 : _____

Numero de Client : _____

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, Direction de la gestion des ressources et des opérations, Santé Canada, Indice de l'adresse : 1908A, 8e étage, pièce 811A, édifice Jeanne Mance, 200 promenade Eglantine, Ottawa, Ontario, K1A 0K9, à l'attention: le recouvrement des couts. Numéro du Télécopieur : 613-941-0825.

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 équipés 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 : _____

Veillez 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) : _____