|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Formulaire | | |
| **Procès-verbal des résultats meeting entre requérants et collab.** | | |
| **Numéro d’identification:** | ZL105\_00\_006 |
| **Version:** | 1.4 |
| **Date de validité:** | 30.06.2023 |

# Informations de base

|  |  |
| --- | --- |
| Dénomination du médicament : | …… |
| Principe(s) actif(s) : | …… |
| N° de demande : | …… |
| Requérant : | …… |
| Date/heure : | …… |
| Lieu : | …… |

# Autres informations

## Participants

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Requérant : | NOM | FONCTION |
|  | NOM | FONCTION |
| Swissmedic : | NOM | FONCTION |
|  | NOM | FONCTION |

## Type de meeting

|  |  |
| --- | --- |
|  | Scientific Advice Meeting |
|  | Presubmission Meeting |
|  | Clarification Meeting |

# Questions

|  |  |
| --- | --- |
| **Question 1 :**  …… | |
| Position du requérant : | |
| Position de Swissmedic : | |
| **Question 2 :**  …… | |
| Position du requérant : | |
| Position de Swissmedic : | |
| **Question 3 :**  …… | |
| Position du requérant : | |
| Position de Swissmedic : | |
| **Question 4 :**  …… | |
| Position du requérant : | |
| Position de Swissmedic : | |
| **Si nécessaire, ajouter d’autres questions :** | |
| **Le procès-verbal est à envoyer à :** | **Pour toute question :** |
| Swissmedic  Institut suisse des produits thérapeutiques  Operational Support Services  Hallerstrasse 7  3012 Berne | Téléphone +41 58 462 02 11  Fax +41 58 462 02 12  E-mail renseignements@swissmedic.ch |

Suivi des modifications

| **Version** | **Description de changement** | **sig** |
| --- | --- | --- |
| 1.4 | Nouvelle présentation, aucun changement au contenu de la version précédente. | dei |
| 1.3 | Ajustements formels de l'en-tête et du pied de page  Aucun changement au contenu de la version précédente. | dei |
| 1.2 | Suppression du bloc de signature | rc |
| 1.1 | Adaptation formelle des champs de texte | gra |
| 1.0 | Mise en œuvre de l’OPTh4 | dts |