

|                                                                                     |                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Réf.: DE RD RV/05<br>Edition: 01<br>Date d'application : 17/09/2026<br>Page 1 sur 1 | <b>RECEPTION / DELIVRANCE</b>                                                                    | <br>الوكالة المغربية للأدوية و المنتجات الصحية<br>ⵜⴰⵎⴰⵔⴰⵏⵜ ⵜⴰⵎⴰⵔⴰⵏⵜ ⵜⴰⵖⴻⵔⴰⵏⵜ ⵜⴰⵎⴰⵔⴰⵏⵜ<br>Agence Marocaine du Médicament et des Produits de Santé<br>Moroccan Agency for Medicine and Health Products |
|                                                                                     | <b>FORMULAIRE DE DEPOT D'UNE DEMANDE DE<br/>RETRAIT D'AMM D'UN MEDICAMENT A<br/>USAGE HUMAIN</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

A REMPLIR PAR LE DEMANDEUR :

| Identification de la spécialité pharmaceutique |                       |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nom et dosage                                  | Forme et présentation | Etablissement pharmaceutique industriel | Statut du produit                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                                                |                       |                                         | <input type="checkbox"/> Fabrication locale<br><input type="checkbox"/> Importation produit fini<br><input type="checkbox"/> Importation produit intermédiaire<br><input type="checkbox"/> Importation en vrac<br><br>Produit sous licence :<br><input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non |

N° de réception :.....

| Pièces fournies                                                                 |                          | Observations |
|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------|
| Lettre de demande signée et cachetée ; précisant les justificatifs du retrait ; | <input type="checkbox"/> | .....        |
| Une copie d'AMM                                                                 | <input type="checkbox"/> | .....        |
| Tout document justifiant la demande de retrait                                  | <input type="checkbox"/> | .....        |

| <b>ETABLISSEMENT PHARMACEUTIQUE INDUSTRIEL</b><br><i>Pharmacien responsable ou son représentant</i> |                                          | <b>SERVICE RECEPTION/DELIVRANCE</b>                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Date :<br>...../...../.....                                                                         | Signature et cachet :<br>(Nom et Prénom) | <input type="checkbox"/> Dossier recevable ; <input type="checkbox"/> Dossier irrecevable.<br>Date :<br>...../...../..... |

Associé à :PR EAM RV/02