**AANVRAAGFORMULIER VOOR DE GOEDKEURING VAN EEN DHPC
formulaire de DEMANDE DE VALIDATION D’UNE DHPC**

**Onderwerp/Intitulé de la DHPC** **:**

**VHB-houder coördinator (in geval van een gemeenschappelijke DHPC)/Titulaire d’AMM coordinateur (en cas de DHPC commune) :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Betrokken VHB-houder(s)/****Titulaire(s) d’AMM concerné(s)** | **BTW-nummer(s) van de betrokken VHB-houder(s)/****Numéro(s) de TVA du(des) titulaire(s) d’AMM concerné(s)** | **Contactpersoon VHB-houder(s) +****e-mail(s)/****Personne(s) de contact du(des) titulaire(s) d’AMM + e-mail(s)** | **Naam geneesmiddel(en)/actieve stof(fen)/****Nom(s) du(des) médicament(s)/substance(s) active(s)** | **Bedrag om te factureren(\*) (€)/****Montant à facturer(\*) (€)**  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**\*** te verdelen in geval van een gemeenschappelijke DHPC – à répartir en cas de DHPC commune

**Datum/Date Handtekening/Signature**