



N° NATIONAL	Réservé à l'INPI	
DB 15 - 10-12		
<b>Vos références pour ce dossier</b> <i>(facultatif)</i>		
<b>7 DEMANDEUR</b>	<input type="checkbox"/> S'il y a d'autres demandeurs, cochez la case et utilisez l'imprimé «Suite»	
Nom ou dénomination sociale		
Prénoms		
Forme juridique		
N° SIREN	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 150px;"></div>	
Code APE	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px;"></div>	
<div style="display: flex;"> <div style="width: 15%;">Domicile ou siège</div> <div style="width: 85%;">           Rue         </div> </div>		
<div style="display: flex;"> <div style="width: 15%;"></div> <div style="width: 85%;">           Code postal et ville         </div> </div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px;"></div>	
<div style="display: flex;"> <div style="width: 15%;"></div> <div style="width: 85%;">           Pays         </div> </div>		
Nationalité		
N° de téléphone <i>(facultatif)</i>		
N° de télécopie <i>(facultatif)</i>		
Adresse électronique <i>(facultatif)</i>		
<b>8 MANDATAIRE</b>		
Nom		
Prénom		
Cabinet ou Société		
Nationalité		
N° de pouvoir permanent et/ou de lien contractuel		
<div style="display: flex;"> <div style="width: 15%;">Adresse</div> <div style="width: 85%;">           Rue         </div> </div>		
<div style="display: flex;"> <div style="width: 15%;"></div> <div style="width: 85%;">           Code postal et ville         </div> </div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px;"></div>	
<div style="display: flex;"> <div style="width: 15%;"></div> <div style="width: 85%;">           Pays         </div> </div>		
N° de téléphone <i>(facultatif)</i>		
N° de télécopie <i>(facultatif)</i>		
Adresse électronique <i>(facultatif)</i>		
<b>Si vous avez utilisé l'imprimé «Suite» indiquez le nombre de pages jointes :</b>		
<b>9 SIGNATURE DU DEMANDEUR OU DU MANDATAIRE</b> <b>(Nom et qualité du signataire)</b>	<b>VISA DE L'INPI</b>	

☐ **POUR LES MÉDICAMENTS**

Règlement (CE) n° 469/2009 du 6 mai 2009

☐ **POUR LES PRODUITS PHYTOPHARMACEUTIQUES**

Règlement (CE) n° 1610/96 du 23 juillet 1996

Réservé à l'INPI

N° NATIONAL

DATE DE RÉCEPTION

LIEU DE RÉCEPTION

BOPI DE DÉLIVRANCE

DATE LIMITE DE VALIDITÉ

REQUÊTE EN DÉLIVRANCE

Page suite N° /

Veuillez remplir cette page à l'encre noire

DB 15 - 10-12

**Vos références pour ce dossier (facultatif)**

**7 DEMANDEUR**

Nom  
ou dénomination sociale

Prénoms

Forme juridique

N° SIREN

Code APE

Domicile  
ou siège

Rue

Code postal et ville

Pays

Nationalité

N° de téléphone (facultatif)

N° de télécopie (facultatif)

Adresse électronique (facultatif)

**7 DEMANDEUR**

Nom  
ou dénomination sociale

Prénoms

Forme juridique

N° SIREN

Code APE

Domicile  
ou siège

Rue

Code postal et ville

Pays

Nationalité

N° de téléphone (facultatif)

N° de télécopie (facultatif)

Adresse électronique (facultatif)

**9 SIGNATURE DU DEMANDEUR  
OU DU MANDATAIRE  
(Nom et qualité du signataire)**

**VISA DE L'INPI**

**Détail des redevances versées**

À remplir par le demandeur

Redevance de dépôt	
Redevance annuelle de maintien en vigueur	
<b>TOTAL</b>	<b>Euros</b>

**Mode de règlement**

☐ Mandat      ☐ Chèque      ☐ Virement      ☐ Autres :

☐ Autorisation de prélèvement  
sur le compte client ouvert à l'INPI

Signature du représentant autorisant  
le prélèvement sur compte client

N° du compte :

Nom Prénom du signataire



**Vos références pour ce dossier**

*(facultatif)*

<b>1</b> NOM ET ADRESSE DU DEMANDEUR OU DU MANDATAIRE	NOM ET ADRESSE DE LA PERSONNE À QUI DOIT ÊTRE ADRESSÉ LE REÇU DE PAIEMENT (si différent du cadre 1)
<div></div>	<div></div>

Nom ou dénomination sociale  
du demandeur