ANNEXE XIV

INFORMATIONS RELATIVES AU DEMANDEUR :	
Dénomination complète de l'Agence de promotion de médicaments et autres produits de santé :	
Adresse du siège social	
Mentionner le ou les laboratoire (s) représenté (s) :	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Prénom et nom du délégué ou visiteur médical : Adresse email : Numéro de téléphone portable : Formation initiale Nombre d'années d'expérience dans la délégation ou visite médicale :	

Date d'application	**02/10/2026**
Date d'expiration	**02/10/2031**

DOCUMENTS À ANNEXER :

- deux (2) photos d'identité ;
- une copie légalisée de la carte nationale d'identité en cours de validité ;
- une copie du contrat de travail ;
- une copie conforme du diplôme ou tout autre pièce justifiant le nombre d'année d'expérience dans le domaine de délégation médicale ;
- un extrait de casier judiciaire datant de moins de trois (03) mois ;
- une preuve de paiement de la redevance.

Fait à	
Date	
Signature	
Cachet de l'agence de promotion	

Date d'application	**02/10/2026**
Date d'expiration	**02/10/2031**