



MINISTÈRE
DE LA SANTÉ
en charge de la prévention

AGENCE DE REGULATION
DE L'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE

DEMANDE D'AUTORISATION D'IMPORTATION DE MEDICAMENTS*

Réf. : Délibération n° 80-107 du 29 août 1980 modifiée fixant les conditions d'importation
des médicaments en Polynésie française

formulée par

Monsieur Madame Mademoiselle

Nom : _____ Prénom : _____

Vini : _____ Tél. : _____ Fax. : _____

Boîte Postale : _____ 987 _____ E-mail : _____

Nom du médicament et dosage (Un médicament par ligne) ① L'ordonnance (comportant le nom du médicament, sa posologie, la durée du traitement ainsi que les mentions relatives à l'officine de pharmacie ayant délivrée le traitement) et la Facture sont à joindre à la demande	Quantité commandée
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	

* J'atteste que ces médicaments ne sont pas périmés et sont conformes à leur autorisation de mise sur le marché (notamment en termes de modalités de conservation).

Date de la demande :

Signature du demandeur :

Merci d'envoyer la demande à : autorisation.medicament@arass.gov.pf