

**DEMANDE D'AUTORISATION D'IMPORTATION
DE MEDICAMENTS formulée par**

Monsieur Madame Mademoiselle Commerce

Nom : _____ Prénom : _____

Vini : _____ Tél. : _____ Fax. : _____

Boîte Postale : _____ 987 _____ E-mail : _____

Nom du ou des produits (Un produit par ligne SVP)	Quantité commandée
i Facture, Composition et Ordonnance sont à joindre à la demande	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	

à

Monsieur le Directeur de la Santé
(Département Planification et Organisation des Soins)
BP 611 – 98713 PAPEETE - Tél. 48.82.32 / 43 - Fax. 48.82.45

Monsieur,

Je sollicite de votre bienveillance l'autorisation d'importer le(s) produit(s) suscité(s) actuellement détenu(s) par la direction des Douanes.

Dans cette attente, je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Date de la demande :

Signature de l'intéressé(e) :