

Démarche : ANSM - Déclaration de la personne de référence en matière de pharmacovigilance en France (RPV)

Organisme : Pôle Inspection des essais et des vigilances - Direction de l'inspection

## Identité du demandeur

Email	<input type="text"/>
Civilité	<input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>

## Formulaire

Toute entreprise ou tout organisme exploitant un médicament ou un produit mentionné à l'article R. 5121-150 dispose des services d'une personne de référence en matière de pharmacovigilance (RPV) rattachée à la personne qualifiée responsable pour les activités de pharmacovigilance (EU QPPV). Cette personne de référence (RPV), médecin ou pharmacien, réside et exerce en France et doit justifier d'une expérience en matière de pharmacovigilance. L'identité et la qualité ainsi que les coordonnées de cette personne sont communiquées au directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé dès sa nomination. (Art. R. 5121-164 du code de la santé publique).

---

MENTIONS LEGALES – Informations sur les données à caractère personnel recueillies et traitées par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé (ANSM)

Ce traitement est effectué sous la responsabilité de l'ANSM dans le cadre de l'exercice de ses missions, conformément aux dispositions du règlement général sur la protection des données (RGPD) et de la loi 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

L'accès à vos données est exclusivement réservé aux agents de l'ANSM et est couvert par des mesures de sécurité permettant d'assurer leur intégrité et leur confidentialité pour toute la durée de leur traitement.

Vous disposez des droits prévus à l'article 40 de la loi 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, et notamment du droit d'accès et de rectification de vos données.

Vous pouvez exercer ces droits à tout moment auprès de notre Délégué à la protection des données, par demande écrite, en y joignant un justificatif d'identité comportant votre signature à l'une des adresses suivantes : ANSM, DRD, délégué à la protection des données, 143-147 Boulevard Anatole France 93285 SAINT DENIS Cedex ou [dpo@ansm.sante.fr](mailto:dpo@ansm.sante.fr).

**MENTIONS LÉGALES – Informations sur les données à caractère personnel recueillies et traitées par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé (ANSM)**

Ce traitement est effectué sous la responsabilité de l'ANSM dans le cadre de l'exercice de ses missions, conformément aux dispositions du règlement général sur la protection des données (RGPD) et de la loi 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux

ANSM - Déclaration de la personne de référence en matière de pharmacovigilance en France (RPV) fichiers et aux libertés.

L'accès à vos données est exclusivement réservé aux agents de l'ANSM et est couvert par des mesures de sécurité permettant d'assurer leur intégrité et leur confidentialité pour toute la durée de leur traitement.

Vous disposez des droits prévus à l'article 40 de la loi 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, et notamment du droit d'accès et de rectification de vos données.

Vous pouvez exercer ces droits à tout moment auprès de notre Délégué à la protection des données, par demande écrite, en y joignant un justificatif d'identité comportant votre signature à l'une des adresses suivantes : ANSM, DRD, délégué à la protection des données, 143-147 Boulevard Anatole France 93285 SAINT DENIS Cedex ou [dpo@ansm.sante.fr](mailto:dpo@ansm.sante.fr).

## **DONNÉES DE L'ENTREPRISE OU ORGANISME EXPLOITANT UN MÉDICAMENT OU UN PRODUIT MENTIONNÉ À L'ARTICLE R. 5121-150 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE**

### **Situé en France**

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

**Numéro de SIRET**  
SIRET

**Dénomination**

**Forme juridique**

**Dénomination de l'Etablissement**

**Adresse de l'établissement**

**Téléphone**

**Mail**

## **DONNÉES RELATIVES À LA PERSONNE DE RÉFÉRENCE POUR LA PHARMACOVIGILANCE EN FRANCE (RPV) AU SERVICE DE L'ENTREPRISE OU ORGANISME EXPLOITANT UN MÉDICAMENT OU UN PRODUIT MENTIONNÉ À L'ARTICLE R. 5121-150 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE**

**Civilité**

☐ Mme

☐ M.

**NOM**

**Prénom**

**Qualité**

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Médecin

☐ Pharmacien

**Fonction**

**Dénomination de l'entreprise dont dépend le RPV**

**Adresse**

**Téléphone RPV**

**Mail**

## AUTRES INFORMATIONS UTILES POUR L'ANSM

**Commentaires**