**Formulaire de Notification pour l’approvisionnement de produits pharmaceutique ERP**

A:[*Nom du gestionnaire du portefeuille*]

Gestionnaire du portefeuille [pays]

Le Fonds mondial, Genève, Suisse

Veuillez trouver ci-dessous les informations requises et la justification concernant le (s) produit (s) pharmaceutique (s) fini(s) (PPF) suivant(s) non encore pré-qualifié(s) par l’OMS (A) ou autorisé(s) par toute autre autorité de réglementation rigoureuse (B) que [nom du Bénéficiaire principal] a l’intention d’acquérir :

|  |  |
| --- | --- |
| **Date of notification:** |  |
| **Pays:** |  |
| **Numéro de la subvention :** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DCI[[1]](#footnote-1)/ Nom générique du produit** | **Dosage** | **Forme galénique** | **Fabricant/fournisseur**  (Veuillez indiquer le site de production) |
|  |  |  |  |
| **Justification pour le choix de ce PPF par rapport aux PPF A ou B** |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DCI[[2]](#footnote-2)/ Nom générique du produit** | **Dosage** | **Forme**  **galénique** | **Fabricant/fournisseur**  (Veuillez indiquer le site de production) |
|  |  |  |  |
| **Justification pour le choix de ce PPF par rapport aux PPF A ou B** |  | | |

Nous confirmons que si nous obtenons une lettre de « **non-objection »** concernant l’acquisition de ces produits, ceux-ci seront distribués et utilisés en conformité avec le plan GAS approuvé.

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de l’Agent d’Approvisionnement (si applicable)** |  |
| **Nom du point focal** |  |
| **Email** |  |
| **Téléphone** |  |

Nous confirmons que si nous obtenons une lettre de « **non-objection »** concernant l’acquisition de ce(s) produit(s), un bon de commande sera fourni au Fonds mondial pour permettre d’initier les activités relatives au contrôle de qualité dans les plus brefs délais.

Nous sommes également conscients que le(s) produit(s) en question ne pourront être expédiés au pays qu’après la délivrance d’une lettre par le Fonds mondial informant le Bénéficiaire principal et le fabricant des résultats des tests de contrôle de qualité à cet égard.

Nous espérons obtenir la réponse du Fonds mondial afin de finaliser le processus de sélection du (des) produit(s) ci-haut mentionnés dans les plus brefs délais.

Cordialement,

*[Nom]*

*[Fonction]*

*[Nom du Bénéficiaire principal]*

*[Adresse]*

*[Email]*

*[Téléphone]*

Ce formulaire est disponible en ligne sous:

<https://www.theglobalfund.org/en/sourcing-management/quality-assurance/medicines/>

1. DCI : Dénomination commune internationale [↑](#footnote-ref-1)
2. [↑](#footnote-ref-2)