

Formulaire de demande de confidentialité médicale et d'accord

Cadrage sécurisé des échanges confidentiels sur les produits, la réglementation, la qualité et le commerce

Code du document	OLYM-FRM-NDA-001	Version / date d'effet	3.0 / 1 août 2026
Classification	Formulaire professionnel contrôlé	Propriétaire du document	OLYMEDICA — OLYVENRA LTD
Langue	Français	Statut	Prêt à publier / original contrôlé

Objet

Utilisez cette demande pour cadrer un échange confidentiel avec OLYMEDICA avant toute transmission d'information protégée. Ce formulaire n'est pas un accord de confidentialité signé et ne crée pas, à lui seul, d'obligation. Ne divulguez aucune information confidentielle, patient, personnelle, soumise au contrôle export ou sensible avant confirmation d'un accord autorisé et d'un canal sécurisé.

Instructions de remplissage

Renseignez tous les champs applicables dans la langue choisie. N'utilisez « Sans objet » qu'avec une brève justification. Citez les titres, numéros, émetteurs, dates d'expiration et références sécurisées plutôt que d'intégrer des éléments sensibles. OLYMEDICA peut vérifier les informations et demander des preuves sources, traductions certifiées ou documents à jour.

Confidentialité et transmission sécurisée

N'insérez dans ce formulaire ou un e-mail ordinaire aucune donnée patient identifiable, mot de passe, donnée de carte, identifiant bancaire, donnée personnelle sensible ou information technique contrôlée. Demandez un canal sécurisé approuvé par OLYMEDICA avant tout envoi de preuve. Ne transmettez que des informations que vous êtes autorisé à divulguer. L'information de confidentialité est accessible ci-dessous.

[Lire l'Avis de confidentialité OLYVENRA](#)

Limite de sécurité des produits médicaux

Ce formulaire commercial n'est ni un avis médical, ni une approbation produit, ni un canal d'urgence ou de signalement d'événement indésirable. Suivez les instructions du fabricant légal et les exigences locales. Signalez rapidement tout risque immédiat ou incident grave au fabricant et à l'autorité compétente par les canaux requis ; ne communiquez à OLYMEDICA que la référence du dossier par une voie approuvée, sans donnée patient identifiable.

Organisation, contact et habilitation

Information demandée	Réponse / référence justificative
Dénomination sociale complète	
Numéro d'entreprise ou d'immatriculation	
Pays de constitution ou d'immatriculation	
Adresse du siège social	
Contact principal : nom complet	
Fonction et service	
E-mail professionnel et téléphone	
Pouvoir de fournir les informations et d'engager l'organisation	

Demande d'échange confidentiel

Information demandée	Réponse / référence justificative
Parties juridiques proposées à l'accord	

Information demandée	Réponse / référence justificative
Objet de l'échange confidentiel	
Utilisation spécifiquement autorisée des informations confidentielles	
Pays ou marché cible	
Référence projet, appel d'offres ou opportunité	
Calendrier prévu des échanges et de la décision	
Accord existant, clause de confidentialité ou conditions de data room	

Périmètre des informations confidentielles

Information demandée	Réponse / référence justificative
Résumé et sensibilité des informations à échanger	
Conceptions, spécifications, échantillons et dossiers techniques	
Informations réglementaires, qualité, cliniques, vigilance ou audit	
Prix, prévisions, marges, stratégie ou données financières	
Données personnelles, patient, santé ou essai clinique concernées	
Informations soumises au contrôle export, à double usage ou sensibles	
Informations confidentielles de tiers et pouvoir de divulgation	

Mesures et conditions demandées

Information demandée	Réponse / référence justificative
Accord unilatéral ou mutuel demandé et propriétaire du modèle	
Durées de confidentialité et de survie demandées	
Droit applicable, juridiction et forum demandés	
Destinataires autorisés et cercle ayant besoin d'en connaître	
Accès des affiliés, conseils, laboratoires ou sous-traitants	
Exigences de restitution, suppression et destruction certifiée	
Systèmes, fournisseur de data room et pays de transfert ou stockage	
Équipe restreinte, interdiction de copie ou téléchargement et autres limites	

Déclaration et habilitation

Déclaration et habilitation

Je confirme que les informations sont complètes et exactes à ma connaissance, que je suis habilité à les soumettre et que l'organisation informera rapidement OLYMEDICA de tout changement important. Je comprends que la soumission ne crée ni approbation, ni mandat, ni confidentialité, ni exclusivité, ni obligation de contracter.

Information demandée	Réponse / référence justificative
Déclarant autorisé : nom complet	
Fonction et organisation	
Fondement du pouvoir de soumettre ce formulaire	
Signature	
Date	