**Annexe VII : Attestation de Non Modification**

<Demandeur>

<Adresse>

<Code postal><Ville>

<Pays>

Direction de la Pharmacie Et du Médicament

31, Rue de Khartoum

Belvédère-1002

Tunis - Tunisie

<Lieu et date>

A l’attention de Monsieur le Ministre de la Santé,

**Objet: Attestation de Non Modification pour la Spécialité <Nom de spécialité, DCI, forme, dosage, présentation>**

Monsieur le Ministre,

Je soussigné, « *nom et titre* », qu’aucune modification n’est intervenue dans les éléments produits à l’appui de la demande initiale en dehors des modifications déposées en Tunisie.

Veuillez agréer, Monsieur, l’expression de notre haute considération.

<Signature>

<Nom>

<Titre>

<Numéro de téléphone>

<Email >