

## **Formulaire de notification d'un LASER à visée cosmétique et/ou esthétique**

Les informations, qui vous concernent, recueillies sur ce formulaire font l'objet d'un traitement par le Ministère de la Santé. Ces informations sont conservées pour la durée nécessaire par l'administration à la réalisation de la finalité du traitement. En poursuivant votre démarche, vous acceptez que vos données personnelles soient traitées dans le cadre de votre demande.

Base Légale : Art. 3 du RGD

<https://legilux.public.lu/eli/etat/leg/rgd/2018/10/04/a943/jo>

### **Informations relatives au déclarant :**

|                                   |
|-----------------------------------|
| Nom du déclarant :                |
| Nom du siège de l'établissement : |
| Adresse du siège national :       |

### **Informations relatives à l'établissement détenteur du laser :**

|   |
|---|
| Nom :   |
| Rue : <span style="float: right;">N°</span>                 |
| Code Postal : <span style="float: right;">Localité :</span> |

### **Informations relatives à l'appareil (aux appareils) :**

Nombre total d'appareils se trouvant à cette adresse : 0

### **Information sur les utilisateurs du laser :**

Nombre total d'utilisateurs du laser : 0

| Nom | Prénom | Certificat de formation joint |
|-----|--------|-------------------------------|
|     |        | <input type="checkbox"/>      |

### **Documents requis :**

- Pour chaque Laser prière de bien vouloir joindre une fiche technique et une copie de la déclaration de conformité relative aux dispositifs médicaux (indication du fabricant et du mandataire européen unique, le cas échéant indication de l'autre opérateur économique pertinent (importateur ou distributeur) responsable de mise sur le marché européen ainsi que de la personne de contact, chargée de veiller au respect de la réglementation et responsable de la vigilance)
- Pour chaque utilisateur du Laser prière de bien vouloir joindre un certificat de formation

Je certifie que les informations données ci-dessus sont exactes et complètes.

Date de la demande :

Nom et Signature :