CERTIFICATION DU CONFINEMENT AU TITRE DU GAP III

Formulaire d’observations

DATE :

VOUS ÊTES UN/UNE :

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Autorité nationale chargée du confinement** |  | **Établissement autorisé à détenir des stocks essentiels de poliovirus** |  | **Autre. Préciser :** |  |  |
|  | | | | | | |  |

NATURE DES OBSERVATIONS :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Suggestion** |  | **Compliment** |  | **Plainte** |

**OBSERVATIONS/COMMENTAIRE :**

|  |
| --- |
|  |

Si vous souhaitez une réponse de notre part, veuillez nous fournir vos coordonnées :

| **COORDONNÉES** | |
| --- | --- |
| Contact, NOM : | Contact, POSTE : |
| Organisation, DÉNOMINATION : | Organisation, ADRESSE : |
| Contact, TÉLÉPHONE : | Contact, COURRIEL : |

Réactions et commentaires peuvent être envoyés à l’OMS à l’adresse suivante : containment@who.int

**NOUS VOUS REMERCIONS POUR CES OBSERVATIONS**