**Information sur le recours à des Sous-Distributeurs**

Le soussigné, représentant dûment habilité de « [Nom de la société] », confirme au nom et pour le compte de la Société que, en accord avec les termes du Contrat de Distribution signé entre la Société et Medtronic entré en vigueur le [DATE] (le « Contrat »), le(s) Sous-Distributeur(s) suivant(s) est/sont proposé(s) par la Société afin de réaliser les prestations mentionnées au Contrat.

**Informations concernant le/les Sous-Distributeur(s) :**

Nom complet :

Adresse du Sous-Distributeur :

Numéro d’enregistrement :

Personne à contacter :

Description des prestations réalisées par le Sous-Distributeur :

Raison du recours au(x) Sous-Distributeur(s) :

Nom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Au nom et pour le compte de « [Nom de la Société] »

Date \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_