|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |
| --- | --- |
| **AFMPS****À l’attention du secrétariat de la Commission de contrôle de la publicité pour les médicaments** | Demande de notification oudemande de renouvellement |
| **Nom et adresse du titulaire****de l’AMM :** | [Nom] | Date : |
| [Adresse] |
| **Concerne :** | □ Notification de publicité selon l’art. 18 de l’AR du 7 avril 1995□ Renouvellement de la notification n° … |
| **Référence / purchase order :** |  |
| **Médicaments :** | [Nom des médicaments + n° d’AMM ou d’enregistrement] |
| **Description du support publicitaire :** | [Description] |
| **Mode de diffusion de la publicité :** | [Description] |
| **Informations supplémentaires (facultatif) :** |  |
| **Annexes indispensables :** | □ Copie de l’AMM ou de l’enregistrement□ RCP□ Notice□ Modèle de l’emballage□ Autres : [nom] |
| **Redevance :** | Montant de la redevance à facturer :  □ € 587,03 □ € 294,03 |
| **Titulaire d’autorisation et****Responsable de l’information** | [Nom et coordonnées éventuelles] | [Nom et coordonnées éventuelles] |
| Signature | Signature |

 |  |

**Remarque : une version signée de ce document doit être envoyée par courrier recommandé à l’AFMPS.**