|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **AFMPS**  **À l’attention du secrétariat de la Commission de contrôle de la publicité pour les médicaments** | | Demande de visa ou renouvellement de visa pour une publicité | | |
| **Nom et adresse du titulaire :** | [Nom] | | | Date : |
| [Adresse] | | | |
| **Concerne :** | □ Demande de visa selon l’art. 17 de l’AR du 7 avril 1995  □ Demande de renouvellement du visa n° … | | | |
| **Référence :** |  | | | |
| **Médicaments :** | [Nom des médicaments + n° d’AMM ou d’enregistrement] | | | |
| **Mode de diffusion :** | □ Spot télévisuel  □ Spot radiophonique | | | |
| **Durée :** | … secondes | | | |
| **Description et/ou information supplémentaire (facultatif) :** |  | | | |
| **Annexes indispensables :** | □ Copie de l’AMM ou de l’enregistrement  □ RCP  □ Notice  □ Modèle de l’emballage □ Autres : [nom] | | | |
| **Redevance :** | □ La somme peut être prélevée de la provision :  □ € 1616,04 □ € 808,02  □ Preuve du paiement de la somme en annexe :  □ € 1616,04 □ € 808,02 | | | |
| **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.**