|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **AFMPS**  **À l’attention du secrétariat de la Commission de contrôle de la publicité pour les médicaments** | | Demande de notification ou  demande 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.**