|  |  |
| --- | --- |
| **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.**