



Formulaire de demande de visa de publicité

Identification du demandeur

Établissement :

Détenteur de la
DE, si différent:

Adresse :

Coordonnées de la personne en charge du dossier

Nom :

Fonction :

Téléphone :

E-mail :

Caractéristiques du projet de publicité

Produit(s)
Pharmaceutique(s) :

Nom commercial (DCI,
forme, dosage,
présentation) / numéro
de DE ;
Une spécialité par ligne

Support publicitaire :

Cliquez pour faire apparaître le
menu déroulant

Numéro de référence
interne :

Si votre matériel ne porte pas de
numéro de référence, laissez vide

Le médicament fait l'objet d'une réévaluation de la balance bénéfice/risque ? Oui Non

Visa du pharmacien responsable

Nom :

Date :

Fonction :

Je certifie que tous les renseignements
fournis ci-dessus sont exacts et complets.

Signature _____