



## 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 \_\_\_\_\_