

REPUBLICQUE DU CAMEROUN

 PAIX – TRAVAIL – PATRIE

 MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

 SECRETARIAT GENERAL

 DIRECTION DE LA PHARMACIE, DU
 MEDICAMENT ET DES LABORATOIRES

 COMMISSION SPÉCIALISÉE DES VISAS DE
 PUBLICITÉ



REPUBLIC OF CAMEROON

 PEACE – WORK – FATHERLAND

 MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

 SECRETARIAT GENERAL

 DEPARTEMENT OF PHARMACY, DRUGS
 AND LABORATORIES

 SPECIALIZED COMMISSION FOR
 ADVERTISING VISAS

**FORMULAIRE DE DEMANDE DE
 VISA DE PUBLICITÉ
 DES ÉTABLISSEMENTS PHARMACEUTIQUES**

Réf. Article 19 — Loi n°90/035 du 10 août 1990 | GB4P 2026 | DPML/MINSANTE

N° d'enregistrement DPML :		Date de dépôt :	
----------------------------	--	-----------------	--

1 IDENTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT DEMANDEUR

Dénomination ou raison sociale de l'établissement :	
---	--

Adresse complète du siège social :	
------------------------------------	--

Région :		Ville / Localité :	
----------	--	--------------------	--

Numéro d'agrément/ autorisation :		Date d'agrément :	
-----------------------------------	--	-------------------	--

Numéro de contribuable :		Numéro du Registre de Commerce	
--------------------------	--	--------------------------------	--

Nom et prénom du Pharmacien Responsable	
Numéro(s) de téléphone	

Adresse électronique de l'établissement :	
---	--

Site web de l'établissement (le cas échéant) :	
--	--



2 CATÉGORIE D'ÉTABLISSEMENT ET CALCUL DES DROITS APPLICABLES

Cochez la ou les catégorie(s) applicable(s). Pour les entités multi-activités, les droits sont cumulatifs.

Catégorie d'établissement	Nature de l'activité
A — Établissements de dispensation et de vente au détail	
<input type="checkbox"/> Officine de pharmacie	<i>Dispensation de médicaments au public</i>
B — Établissements de promotion pharmaceutique	
<input type="checkbox"/> Agence de promotion pharmaceutique	<i>Promotion et information médicale et scientifique</i>
C — Établissements de distribution en gros	
<input type="checkbox"/> Distribution en gros - produits pharmaceutiques	<i>Grossiste-répartiteur en médicaments</i>
<input type="checkbox"/> Distribution - dispositifs médicaux	<i>Distribution en gros de dispositifs médicaux</i>
D — Établissements industriels de fabrication	
<input type="checkbox"/> Industrie pharmaceutique - médicaments	<i>Fabrication de médicaments à usage humain</i>
<input type="checkbox"/> Industrie pharmaceutique - dispositifs médicaux	<i>Fabrication de dispositifs médicaux</i>
<input type="checkbox"/> Industrie pharmaceutique - cosmétiques	<i>Fabrication de produits cosmétiques</i>
<input type="checkbox"/> Unité de production de MTA	<i>Production de Médicaments Traditionnels Améliorés</i>

3 TYPES DE PUBLICITÉ ENVISAGÉS

Cochez les supports de publicité institutionnelle que l'établissement entend utiliser. Cette liste est indicative. Tout support non listé doit être décrit en section 5.

Support de publicité institutionnelle (liste indicative)
<input type="checkbox"/> Enseigne lumineuse et signalétique extérieure de l'établissement
<input type="checkbox"/> Site web
<input type="checkbox"/> Plateformes digitales
<input type="checkbox"/> Flyers, brochures et supports imprimés de présentation de l'établissement
<input type="checkbox"/> Affichage urbain à caractère signalétique
<input type="checkbox"/> Annuaires professionnels et plateformes de géolocalisation
<input type="checkbox"/> Passage en médias — radio, télévision, presse — pour information de localisation et de services
<input type="checkbox"/> Newsletters et courriels à destination des professionnels
<input type="checkbox"/> Plaquettes et catalogues de services institutionnels (sans mention de produits)
<input type="checkbox"/> Rapport annuel institutionnel
<input type="checkbox"/> Stands, roll-up, kakémonos et espaces d'exposition institutionnels lors de congrès, symposiums, salons et foires
<input type="checkbox"/> Publicité institutionnelle en médias spécialisés (presse professionnelle, supports médicaux)
<input type="checkbox"/> Autre support — à préciser en section 4



4

DESCRIPTION DE LA CAMPAGNE DE PUBLICITÉ INSTITUTIONNELLE

Objet de la publicité:

Date de début
envisagée :Date de fin
envisagée :

Zone de diffusion

Description détaillée du contenu envisagé (messages, visuels, supports) :

Autres supports non listés en section 3 — description :

5

PHARMACIEN RESPONSABLE (PR)

Nom et prénom du Pharmacien
Responsable :Adresse professionnelle du
Pharmacien Responsable :

Téléphone :

Adresse
électronique :

Engagement du Pharmacien Responsable :

Je soussigné(e), Pharmacien Responsable de l'établissement susmentionné, atteste que le contenu de la présente demande est exact et que la publicité institutionnelle envisagée est strictement conforme aux dispositions de la Loi n°90/035 du 10 août 1990 et du GB4P 2026, et ne comporte aucune promotion de produit pharmaceutique spécifique.

Fait à :

Le :

Signature et cachet du
Pharmacien Responsable :

6

PIÈCES JOINTES OBLIGATOIRES

Tout dossier incomplet est irrecevable et retourné au demandeur sans instruction.

N°	✓	Pièce requise
1	<input type="checkbox"/>	Demande timbrée adressée au Ministre de la Santé Publique, via le Directeur DPML, signée par le représentant légal
2	<input type="checkbox"/>	Copie de l'agrément en cours de validité (pour chaque activité déclarée en section 2)



N°	✓	Pièce requise
3	<input type="checkbox"/>	Copie de l'attestation d'inscription à l'ONPC du Pharmacien Responsable
4	<input type="checkbox"/>	Reçu original de paiement des droits de dossier
5	<input type="checkbox"/>	Maquettes, projets de supports ou descriptif détaillé de la campagne institutionnelle envisagée
6	<input type="checkbox"/>	Engagement écrit de non-promotion de produit pharmaceutique spécifique, signé par le Pharmacien Responsable
7	<input type="checkbox"/>	Extrait du registre de commerce ou tout document justifiant de l'existence légale de l'établissement

7 ENGAGEMENT DU DEMANDEUR

Je soussigné(e), Pharmacien Responsable de l'établissement susmentionné, déclare sur l'honneur que les informations contenues dans le présent formulaire sont exactes et complètes. Je m'engage à ce que la publicité institutionnelle faisant l'objet de la présente demande soit strictement limitée à la communication sur l'identité, l'existence et les services de l'établissement, conformément aux dispositions de la Loi n°90/035 du 10 août 1990 et du Guide de Bonnes Pratiques de la Promotion des Produits Pharmaceutiques (GB4P 2026).

Je reconnais que tout contenu promotionnel visant un produit pharmaceutique spécifique introduit dans la campagne visée par le présent formulaire constitue une infraction passible des sanctions prévues par la réglementation en vigueur et entraîne la requalification en publicité produit soumise à visa distinct.

Fait à : _____ Le : _____

Nom et qualité du signataire : _____

8 CADRE RÉSERVÉ À LA DPML — DECISION DE LA COMMISSION

<input type="checkbox"/> ACCORDÉ Numéro de visa : _____ Valable jusqu'au : _____	<input type="checkbox"/> REFUSÉ <i>Motif : voir notification jointe</i>	<input type="checkbox"/> COMPLÈMENTS REQUIS <i>Pièces manquantes : voir courrier joint</i>
---	---	--

