**Antrag auf Ausfuhr für Arzneimittel, die für die Hinrichtung von Menschen verwendbar sind.**

**Antrag für den Handel im Ausland für Arzneimittel, die für die Hinrichtung von Menschen verwendbar sind.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Exporter | Importer |
| Firmenname | …… | …… |
| Strasse / Nr. | …… | …… |
| PLZ / Ort | …… | …… |
| Land | …… | …… |
| Kontaktperson | …… | …… |
| Telefon | …… | …… |
| E-Mail | …… | …… |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Präparat | …… | Menge | …… |
| Substanz ( CASRN) | …… | Menge | …… |
|  | …… |  | …… |
|  | …… |  | …… |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Verwendungszweck | …… |

|  |
| --- |
| Bestätigung:  Der Gesuchsteller bestätigt gemäss Art. 50, Abs. 3, Bst. a AMBV, dass aufgrund der getätigten Abklärungen keine Hinweise für eine Verwendung der beantragten Arzneimittel für die Hinrichtung von Menschen vorliegen. |

|  |
| --- |
| Endverwendung:  Das beigelegte End-User Statement bezieht sich auf die beabsichtigte Lieferung. |

|  |
| --- |
| Bestätigung:  Der Gesuchsteller bestätigt, dass die erforderliche Bewilligung für die Ausfuhr von Arzneimitteln gemäss AMBV, 2. Abschnitt:  Bewilligung für die Einfuhr, den Grosshandel und die Ausfuhr, beziehungsweise die erforderliche Bewilligung zum Handel im Ausland mit Arzneimitteln gemäss AMBV 3. Abschnitt: Bewilligung für den Handel im Ausland vorliegt. |

|  |  |
| --- | --- |
| Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass alle Angaben wahrheitsgetreu sind.  Originalunterschrift FvP  Name in Grossbuchstaben: …… | Stempel der Firma  Ort/Datum:  …… |

|  |
| --- |
| **Zur Beantragung einsenden an:** |
| Swissmedic, Abteilung Betäubungsmittel, Hallerstrasse 7, 3012 Bern |
|  |