|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Requérant (importateur)** |  | **Exportateur** |
| Nom | …… | …… |
| Rue / n° | …… | …… |
| NPA / localité | …… | …… |
| Interlocuteur | …… | |
| Téléphone | …… | |
| Fax | …… | |
| E-mail | …… | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Importation de** | **Substance :** | indication de la désignation INN, de la quantité, de la stéréochimie et du numéro CAS |
| **Préparation :** | indication de la forme galénique, du dosage, du conditionnement et du nombre d’emballages |

|  |
| --- |
| …… |
| …… |
| …… |
| …… |
| …… |
| …… |
| …… |
| …… |
| …… |
| …… |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Autorisation unique |
|  | Autorisation générale |
|  | Date d’importation probable …… |
|  |  |
|  |  |
|  | Importation en dépôt franc sous douane |
|  | Besoin propre, entrepôt |
|  | Vente en Suisse |
|  | Réexportation par le destinataire |

Coûts selon l’Ordonnance sur les émoluments de l’Institut suisse des produits thérapeutiques (ordonnance sur les émoluments des produits thérapeutiques, OEPT); RS 812.214.5

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Remarques** | | | |
| …… | | | |
| **Lieu** | …… |  |  |
| **Date** | …… | **Signature** |  |

|  |
| --- |
| **À envoyer à** |
| Swissmedic, Division Stupéfiants, Hallerstrasse 7, 3012 Berne |
| ou par courriel à : [narcotics@swissmedic.ch](mailto:narcotics@swissmedic.ch) ou par fax au : +41 58 463 88 40 |