|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Richiedente (importatore)** |  | **Esportatore** |
| Nome | …… | …… |
| Via / n. | …… | …… |
| NPA / Luogo | …… | …… |
| Interlocutore | …… | |
| Telefono | …… | |
| Fax | …… | |
| E-mail | …… | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Importazione di** | **Sostanza:** | indicare DCI, quantitativo, stereochimica, CASRN |
| **Preparato:** | indicare forma farmaceutica, dosaggio, grandezza della confezione e numero delle confezioni |

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | Autorizzazione unica |
|  | Autorizzazione generale |
|  | Data d’importazione prevista …… |
|  |  |
|  |  |
|  | Importazione in depositi franchi doganali |
|  | Uso proprio, deposito |
|  | Vendita in Svizzera |
|  | Riesportazione da parte del destinatario |

Costi secondo l'ordinanza sugli emolumenti dell'Istituto svizzero per gli agenti terapeutici (ordinanza sugli emolumenti per gli agenti terapeutici) OEAT RS 812.214.5

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Osservazioni** | | | |
| …… | | | |
| **Luogo** | …… |  |  | | |
| **Data** | …… | **Firma** |  | | |
| **Inviare a** | | | | |  | |  |  |
| Swissmedic, Divisione Stupefacenti, Hallerstrasse 7, 3012 Berna | | | | |  | |  |  |
| oppure e-mail: [narcotics@swissmedic.ch](mailto:narcotics@swissmedic.ch) oppure fax: +41 58 463 88 40 | | | | |  | |  |  |