**Bitte senden an: Swissmedic, Abteilung Betäubungsmittel**

**Informationen zu Betriebsstandort, Bewilligungsumfang und verantwortlicher Person**

**Bitte füllen Sie für jeden operativen Betriebsstandort ein separates Zusatzformular aus**

|  |
| --- |
| Betriebsstandort |

|  |  |
| --- | --- |
| Name Betriebsstandort | …... |
| Strasse / Nr. | …... |
| Postfach | …... |
| PLZ / Ort | …... |
| Kanton | …... |
| Telefon | …... |
| E-Mail | …... |

|  |  |
| --- | --- |
| GLN des Betriebstandortes (falls bereits vorhanden) | …... |

|  |
| --- |
| Bewilligungsumfang (Verzeichnisse gemäss Betäubungsmittelverzeichnisverordnung, SR 812.121.11) |

Verzeichnis a

Verzeichnis b

Verzeichnis c

Verzeichnis f

|  |
| --- |
| Personalien |

## Verantwortliche Person zum Umgang mit kontrollieren Substanzen (gemäss Art. 13 BetmKV)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name | …... | Vorname | …... |
| Geburtsdatum | …... | Heimatort | …... |
| Ausbildung | …... |  |  |
| Anstellungsverhältnis | …... % bei Firma angestellt |  |  |
|  | …... Mandatsbasis | Bei Wahrnehmung der Verantwortlichkeit für kontrollierte Substanzen auf Mandatsbasis ist dem Gesuch eine Kopie des schriftlichen Vertrages gemäss Art. 13 Bst. b BetmKV beizulegen. | | |

Erreichbar unter

|  |  |
| --- | --- |
| Telefon | …... |
| E-Mail | …... |

|  |
| --- |
| Bestätigung durch Unterschrift |

## Geschäftsleitung

Die unterschriftsberechtigte(n) Person(en) gemäss Handelsregistereintrag (Einzel- oder Kollektivunterschrift zu zweien) bestätigt(en) mit ihrer Unterschrift die Vollständigkeit und Richtigkeit der vorliegenden Sachverhalte, insbesondere anerkennt(en) sie, dass die verantwortliche Person für kontrollierte Substanzen ihre Tätigkeit weisungsunabhängig ausführen können muss und dazu die nötigen Vollmachten der Geschäftsleitung erhalten hat.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name, Vorname | …... | Funktion | …... |
| Ort, Datum | …... | Unterschrift |  |
| Name, Vorname | …... | Funktion | …... |
| Ort, Datum | …... | Unterschrift |  |

## Verantwortliche Person

Die verantwortliche Person bestätigt mit ihrer Unterschrift die Kenntnisnahme und Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften zum Umgang mit kontrollierten Substanzen.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name, Vorname | …... | Funktion | …... |
| Ort, Datum | …... | Unterschrift |  |