|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Gesuchsteller (Exporteur)** |  | **Empfänger (Importeur)** |
| Name | …… | …… |
| Strasse / Nr. | …… | …… |
| PLZ / Ort | …… | …… |
| Kontaktperson | …… | |
| Telefon | …… | |
| Fax | …… | |
| E-Mail | …… | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ausfuhr von** | **Substanz:** | Angabe von INN-Bezeichnung, Menge, Stereochemie, CASRN |
| **Präparat:** | Angabe von Arzneiform, Dosierung, Packungsgrösse und Anzahl Packungen |

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | Einmalige Bewilligung |
|  | Generelle Bewilligung |
|  | Voraussichtliches Ausfuhrdatum …… |
|  |  |
|  |  |

Verordnung vom 2. Dezember 2011 über die Gebühren des Schweizerischen Heilmittelinstituts (Heilmittel-Gebührenverordnung HGebV, SR 812.214.5)

|  |
| --- |
| **Mitteilungen** |
| …… |
| **Wichtige Hinweise**   * Dem Ausfuhrgesuch muss das Original der Importbewilligung des Bestimmungslandes beiliegen * Bei Ausfuhr von kontrollierten Substanzen des Verzeichnisses d: eine Kopie der Ausnahmebewilligung des Bundesamtes für Gesundheit BAG liegt diesem Gesuch bei * Pro Formular können maximal 10 kontrollierte Substanzen/Präparate beantragt werden * Bitte Vorläufersubstanzen getrennt beantragen |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ort** | …… |  |  |
| **Datum** | …… | **Unterschrift** |  |
| **Senden an** | | | |
| Swissmedic, Abteilung Betäubungsmittel, Hallerstrasse 7, 3012 Bern | | | |
| oder E-Mail: [narcotics@swissmedic.ch](mailto:narcotics@swissmedic.ch) oder Fax: +41 58 463 88 40 | | | |