|  |  |
| --- | --- |
| **Gesuchsteller** |  |
| Name | …… |
| Strasse / Nr. | …… |
| PLZ / Ort | …… |
| Kontaktperson | …… |
| Telefon | …… |
| Fax | …… |
| E-Mail | …… |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ein-/Ausfuhr von** | **Stoff:** | Angabe von INN-Bezeichnung, Menge, CASRN |
| **Präparat:** | Angabe von Arzneiform, Dosierung, Packungsgrösse und Anzahl Packungen |

|  |
| --- |
| **Stoff:** |
| …… |

|  |
| --- |
| **CASRN (optional):** |
| …… |

|  |
| --- |
| **Präparat:** |
| …… |

Max. 20 Substanzen/Präparate pro Auftrag

|  |  |
| --- | --- |
|  | Gültigkeit maximal 1 Jahr ab Ausstelldatum |
|  | Analysesubstanz gelöst: …… (mg/ml) |

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

|  |
| --- |
| **Mitteilungen:** |
| …… |

Mit ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Korrektheit der Angaben in diesem Gesuch.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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 |