|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Formulaire** | | |
| **Demande d'autorisation d'exploitation pour la culture du cannabis à des fins médicales** | | |
| **Numéro d’identification :** | BW102\_50\_007 |
| **Version :** | 1.1 |
| **Date de validité :** | 27.02.2024 |

**À retourner à Swissmedic, division Stupéfiants**

**Demande d’autorisation d’exploitation pour la culture de cannabis à des fins médicales conformément à l’art. 2, let. h de l’ordonnance sur le contrôle des stupéfiants (OCStup, RS 812.121.1)**

|  |  |
| --- | --- |
| Adresses | |
| Adresse du siège principal selon l’inscription au registre du commerce | |
| Raison sociale | …… |
| Rue / n° | …… |
| NPA / Localité | …… |
| Canton | …… |
| Téléphone | …… |
| Adresse de facturation (si différente de celle indiquée au point 1.1) | | |
| Raison sociale | …… | |
| Rue / n° | …… | |
| Case postale | …… | |
| NPA / Localité | …… | |
| Canton | …… | |
| Téléphone | …… | |

|  |  |
| --- | --- |
| Motif de la demande | |
|  | Demande initiale, début de l’exploitation |
|  | Changement d’adresse |
|  | Changement de raison sociale |
|  | Changement de personne responsable |
|  | Site d’exploitation opérationnel supplémentaire |
|  | Fermeture du site d’exploitation opérationnel |

|  |
| --- |
| Remarques de l’entreprise |
| …… |

|  |
| --- |
| Nota bene |

L’autorisation d’exploitation pour la culture du cannabis à des fins médicales est délivrée par Swissmedic, division Stupéfiants, indépendamment des autres exigences légales.

L’entreprise requérante est responsable du respect de l’ensemble des dispositions légales concernées avant de faire usage de la présente autorisation d’exploitation.

|  |
| --- |
| Attestation |

La/les personne(s) habilitée(s) à signer selon l’inscription au registre du commerce (signature individuelle ou collective à deux) atteste(nt) par sa/leur signature l’exhaustivité et l’exactitude des faits exposés et des pièces jointes relatives aux sites d’exploitation. Elle(s) reconnaît/-ssent notamment que la/les personne(s) responsable(s) de la culture du cannabis à des fins médicales doit/doivent pouvoir exercer leur activité et qu’elle(s) a/ont reçu les procurations nécessaires de la part de la direction.

**Personne(s) habilitée(s) à signer selon l’inscription au registre du commerce (signature individuelle ou collective à deux)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom, prénom | …… | Fonction | …… |
| Lieu, date | …… | Signature |  |
| Nom, prénom | …… | Fonction | …… |
| Lieu, date | …… | Signature |  |

**Informations sur le site d’exploitation 1, portée de l’autorisation et personne responsable**

|  |
| --- |
| Site d’exploitation 1 |

|  |  |
| --- | --- |
| Nom du site d’exploitation | …... |
| Rue | …... |
| NPA / Localité | …... |
| Canton | …... |
| Téléphone | …... |

|  |  |
| --- | --- |
| GLN du site d’exploitation (si déjà disponible) | …... |

|  |
| --- |
| Portée de l’autorisation (tableaux selon l’ordonnance sur les tableaux des stupéfiants, RS 812.121.11) |

Culture de cannabis à des fins médicales \*1) \*2)

\*1) Cultiver du cannabis donne également le droit d’acheter des graines ou des plants en Suisse et à l’étranger. Veuillez mentionner les autres activités en relation avec la culture du cannabis au point 3, Remarques de l'entreprise.

\*2) Veuillez justifier les cultures à des fins de recherche (cannabis médical) au point 3, Remarques de l’entreprise.

|  |
| --- |
| Personne responsable de la culture du cannabis à des fins médicales (selon l’art. 13, OCStup) |

## Données personnelles

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom | …... | Prénom | …... |
| Date de naissance | …... | Diplôme | …... |
| Type de contrat de travail | Employé(e) à …... % par l’entreprise | |  |
|  | Sur la base d’un mandat à …... % | Si la personne est responsable de la culture du cannabis à des fins médicales sur la base d’un mandat, elle doit joindre à la demande une copie du contrat écrit conformément à l’art. 13, let. b, OCStup. | |
| Téléphone | …... | Adresse e-mail personnelle au sein de l’entreprise  (name@musterfirma.ch)  …... | |

## Attestation

Par sa signature, la personne responsable atteste avoir pris connaissance des prescriptions légales relatives à la culture du cannabis à des fins médicales et s’y conformer.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom, prénom | …… | Fonction | …… |
| Lieu, date | …… | Signature |  |

**Informations sur le site d’exploitation 2, portée de l’autorisation et personne responsable**

|  |
| --- |
| Site d’exploitation 2 (si disponible) |

|  |  |
| --- | --- |
| Nom du site d’exploitation | …... |
| Rue | …... |
| NPA / Localité | …... |
| Canton | …... |
| Téléphone | …... |

|  |  |
| --- | --- |
| GLN du site d’exploitation (si déjà disponible) | …... |

|  |
| --- |
| Portée de l’autorisation (tableaux selon l’ordonnance sur les tableaux des stupéfiants, RS 812.121.11) |

Culture de cannabis à des fins médicales \*1) \*2)

\*1) Cultiver du cannabis donne également le droit d’acheter des graines ou des plants en Suisse et à l’étranger. Veuillez mentionner les autres activités en relation avec la culture du cannabis au point 3, Remarques de l'entreprise.

\*2) Veuillez justifier les cultures à des fins de recherche (cannabis médical) au point 3, Remarques de l'entreprise.

|  |
| --- |
| Personne responsable de la culture du cannabis à des fins médicales (selon l’art. 13, OCStup) |

## Données personnelles

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom | …... | Prénom | …... |
| Date de naissance | …... | Diplôme | …... |
| Type de contrat de travail | Employé(e) à …... % par l’entreprise | |  |
|  | Sur la base d’un mandat à …... % | Si la personne est responsable de la culture du cannabis à des fins médicales sur la base d’un mandat, elle doit joindre à la demande une copie du contrat écrit conformément à l’art. 13, let. b, OCStup. | |
| Téléphone | …... | Adresse e-mail personnelle au sein de l’entreprise  (name@musterfirma.ch)  …... | |

## Attestation

Par sa signature, la personne responsable atteste avoir pris connaissance des prescriptions légales relatives à la culture du cannabis à des fins médicales et s’y conformer.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom, prénom | …… | Fonction | …… |
| Lieu, date | …… | Signature |  |