**Veuillez envoyer cette demande à : Swissmedic, Division Stupéfiants**

**Informations relatives au site d’exploitation, à la portée de l’autorisation et à la personne responsable**

**Veuillez compléter un formulaire complémentaire distinct pour chaque site d’exploitation opérationnel.**

|  |
| --- |
| Site d’exploitation |

|  |  |
| --- | --- |
| Nom du site | …... |
| Rue / n° | …... |
| Case postale | …... |
| NPA / localité | …... |
| Canton | …... |
| Téléphone | …... |
| E-mail | …... |

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

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

Tableau a

Tableau b

Tableau c

Tableau f

|  |
| --- |
| Informations personnelles |

## Personne responsable de l’utilisation de substances soumises à contrôle (selon art. 13 OCStup)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom | …... | Prénom | …... |
| Date de naissance | …... | Lieu d’origine | …... |
| Formation | …... |  |  |
| Conditions d’engagement | …... % employée par l’entreprise |  |  |
|  | …... agit sur mandat de l’entreprise | Si la responsabilité des substances soumises à contrôle est assumée sur mandat de l’entreprise, une copie du contrat écrit doit être jointe à la demande conformément à l’art. 13, al. 1, let. b OCStup. | |

Joignable à l’adresse et aux numéros suivants :

|  |  |
| --- | --- |
| Téléphone | …... |
| E-mail | …... |

|  |
| --- |
| Attestation par signature |

## Direction de l’entreprise

Par leur signature, la/les personne(s) disposant du droit de signature selon l’inscription au registre du commerce (signature individuelle ou collective à deux) atteste(nt) de l’exactitude et de l’exhaustivité des données indiquées dans le présent formulaire et reconnaît/reconnaissent en particulier que la personne responsable des substances soumises à contrôle doit pouvoir exercer son activité sous sa propre responsabilité et que la direction lui a accordé toutes les procurations nécessaires à cette fin.

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

## Personne responsable

Par sa signature, la personne responsable atteste avoir pris connaissance des dispositions légales relatives à l’utilisation de substances soumises à contrôle et les respecter.

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