|  |  |
| --- | --- |
| **Requérant** |  |
| Nom | …… |
| Rue / n° | …… |
| NPA / localité | …… |
| Interlocuteur | …… |
| Téléphone | …… |
| Fax | …… |
| E-mail | …… |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Importation/****Exportation de** | **Substance :** | Indication de la désignation INN, de la quantité et du **n° CAS** |
| **Préparation :** | Indication de la forme pharmaceutique, du dosage, du conditionnement et du nombre d’emballages |

|  |
| --- |
| **Substance :** |
| …… |
| **N° CAS (facultatif) :** |
| …… |
| **Préparation :** |
| ……Max. 20 substances/préparations par demande |
| [ ]  | Valable un an maximum après la date de délivrance |
| [ ]  | Concentration de la substance à analyser : …… (mg/ml) |

Coûts selon l’Ordonnance sur les émoluments de l’Institut suisse des produits thérapeutiques (ordonnance sur les émoluments des produits thérapeutiques, OEPT); RS 812.214.5

|  |
| --- |
| **Remarques :** |
| …… |

Le ou la soussigné(e) confirme l’exactitude des renseignements qui figurent dans ce formulaire.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lieu** | …… |  |  |
| **Date** | …… | **Signature** |  |

|  |
| --- |
| **À envoyer à** |
| Swissmedic, Division Stupéfiants, Hallerstrasse 7, 3012 Berne |
| ou par courriel : narcotics@swissmedic.ch |
| ou par fax : +41 58 463 88 40 |