|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Formulaire** | | |
| **No-Objection Certificate** | | |
| **Numéro d’identification :** | BW301\_10\_003 |
| **Version :** | 4.3 |
| **Date de validité :** | 27.09.2024 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Requérant** |  |
| Nom | …… |
| Rue / n° | …… |
| NPA / localité | …… |
| Interlocuteur | …… |
| Téléphone | …… |
| 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 Ordonnance de l’Institut suisse des produits thérapeutiques sur ses émoluments (OE-Swissmedic) SR 812.214.5 du 14 septembre 2018

|  |
| --- |
| **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](mailto:narcotics@swissmedic.ch) |
|  |