

**JARE 2025 – Culture de cannabis à des fins médicales**

Entreprise			
Site d'exploitation			
Rue			
Code postal			
Lieu			
Code-GLN			
Numéro de téléphone			
Courriel			
	Titre	Prénom	Nom
Personne responsable			
	Titre	Prénom	Nom
Personne de contact			

**Raison de la remise d'une déclaration « Aucune activité » - cochez toutes les cases qui conviennent :**

- ☐ Pas de stock
- ☐ Pas de mouvement de marchandises
- ☐ Pas de cultivations
- ☐ Autres, merci d'expliquer : .....

Date	
Signature	

Nous vous prions d'envoyer le **formulaire signé électroniquement exclusivement par courriel** à l'adresse suivante: [medcannabis@swissmedic.ch](mailto:medcannabis@swissmedic.ch)