**Domanda di esportazione di medicamenti che possono essere utilizzati per le esecuzioni capitali.**

**Domanda di commercio all’estero di medicamenti che possono essere utilizzati per le esecuzioni capitali.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Esportare | Importare |
| Nome della ditta | …… | …… |
| Via / n. civico | …… | …… |
| NPA / Luogo | …… | …… |
| Paese | …… | …… |
| Persona di riferimento: | …… | …… |
| Telefono | …… | …… |
| E-mail | …… | …… |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Preparato | …… | Quantità | …… |
| Sostanza (CASRN) | …… | Quantità | …… |
|  | …… |  | …… |
|  | …… |  | …… |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Uso previsto | …… |

|  |
| --- |
| Conferma:  ai sensi dell’art. 50 cpv. 3 lett. a OAMed, il richiedente conferma che, sulla base degli accertamenti condotti, non vi sono indicazioni che i medicamenti richiesti vengano utilizzati per esecuzioni capitali. |

|  |
| --- |
| Uso finale:  l’allegato End-User Statement si riferisce alla consegna prevista. |

|  |
| --- |
| Conferma:  il richiedente conferma di essere in possesso dell’autorizzazione necessaria per l’esportazione di medicamenti ai sensi della Sezione 2 dell’OAMed «Autorizzazione di importazione, di commercio all’ingrosso e di esportazione» e/o dell’autorizzazione necessaria per il commercio di medicamenti all’estero ai sensi della Sezione 3 dell’OAMed «Autorizzazione di commercio all’estero». |

|  |  |
| --- | --- |
| Firmando il presente documento si conferma che le informazioni fornite sono veritiere.  Firma originale Responsabile tecnico  Nome e cognome in stampatello: …… | Timbro della ditta  Luogo, data:  …… |

|  |
| --- |
| **Inviare la domanda a:** |
| Swissmedic, Divisione Stupefacenti, Hallerstrasse 7, 3012 Berna |
|  |