|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ho?Richiedente (esportatore)** |  | **Destinatario (importatore)** |
| Nome | …… | …… |
| Via / n. | …… | …… |
| NPA / Luogo | …… | …… |
| Interlocutore | …… | |
| Telefono | …… | |
| Fax | …… | |
| E-mail | …… | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Esportazione di** | **Sostanza:** | indicare DCI, quantitativo, stereochimica, CASRN |
| **Preparato:** | indicare forma farmaceutica, dosaggio, grandezza della confezione e numero delle confezioni |

|  |
| --- |
| …… |
| …… |
| …… |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Autorizzazione unica |
|  | Autorizzazione generale |
|  | Data d’esportazione prevista …… |
|  |  |
|  |  |

Costi secondo l'ordinanza sugli emolumenti dell'Istituto svizzero per gli agenti terapeutici (ordinanza sugli emolumenti per gli agenti terapeutici) OEAT RS 812.214.5

|  |
| --- |
| **Osservazioni** |
| …… |
| **Importante**   * Allegare alla presente domanda l’originale dell’autorizzazione d’importazione del Paese di destinazione * In caso di esportazione di sostanze controllate dell’elenco d: allegare alla presente domanda una copia dell’autorizzazione eccezionale dell’Ufficio federale della sanità pubblica UFSP * Per formulario sono ammesse/i al massimo 10 sostanze controllate/preparati * I precursori devono essere oggetto di una domanda separata |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Luogo** | …… |  |  |
| **Data** | …… | **Firma** |  |

|  |
| --- |
| **Inviare a** |
| Swissmedic, Divisione Stupefacenti, Hallerstrasse 7, 3012 Berna |
| oppure E-mail: [narcotics@swissmedic.ch](mailto:narcotics@swissmedic.ch) oppure fax: +41 58 463 88 40 |