|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Formulario** | | |
| **No-Objection Certificate** | | |
| **Identifikationsnummer:** | BW301\_10\_003 |
| **Versione:** | 4.3 |
| **Valido dal:** | 27.09.2024 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Richiedente** |  |
| Nome | …… |
| Via / n° | …… |
| NPA / luogo | …… |
| Cantone | …… |
| Telefono | …… |
| E-mail | …… |

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

|  |
| --- |
| **Sostanza:** |
| …… |
| **CASRN (facoltativo):** |
| …… |
| **Preparato:** |
| …… |

Max. 20 sostanze/preparati per domanda

|  |  |
| --- | --- |
|  | Validità massima di 1 anno dalla data di rilascio |
|  | Sostanza di analisi dissolta: …… (mg/ml) |

Ordinanza dell’Istituto svizzero per gli agenti terapeutici sui suoi emolumenti (OEm-Swissmedic) SR 812.214.5 del 14 settembre 2018

|  |
| --- |
| **Osservazioni:** |
| …… |

Con la Sua firma conferma la correttezza dei dati indicati nella presente domanda.

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

|  |
| --- |
| **Inviare a** |
| Swissmedic, Divisione stupefacenti, Hallerstrasse 7, 3012 Berna |
| oppure E-mail: [narcotics@swissmedic.ch](mailto:narcotics@swissmedic.ch) |
|  |