|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | Formulaire de demande d’autorisation portant sur les stupéfiants ou les psychotropesdestiné **aux établissements non pharmaceutiques :**  *Fabricant, importateur, distributeur de matières premières, de MPUP, d’étalons de référence, de DMDIV et de réactifs* |
| *Pour compléter ce formulaire et constituer le dossier de demande, se référer à la notice explicative disponible sur le site Internet de l’ANSM :* [*https://ansm.sante.fr/page/industriels-demande-dautorisation-dutilisation-de-stupefiants-et-psychotropes*](https://ansm.sante.fr/page/industriels-demande-dautorisation-dutilisation-de-stupefiants-et-psychotropes) | | |
| **1. Nom de l’établissement :** | | |
| **2. Requérant :**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Nom et prénom : | |  | | Qualité : | | | | Téléphone : |  | | | Email : |  | | | | |
| **3. Localisation de l’établissement :**  Adresse de l’établissement :  Le lieu de stockage et de mise en œuvre des stupéfiants et/ou des psychotropes est-il différent ?  Oui  Non  *Si oui, indiquer l’adresse de détention/mise en œuvre :* | | |
| **4. S’agit-il d’une première demande :**   OUI  NON  *Si non, indiquer le numéro de l’autorisation précédemment délivrée :* | | |
| **5. Objet de la demande d’autorisation :**  Activité(s) pour laquelle (lesquelles) une autorisation est demandée :  **Fabrication  Importation  Distribution** | | |
| **6. Produits concernés par la demande :**  **MPUP  Matières premières  DMDIV / Réactifs  Etalons de référence** | | |
| **Substances concernées par la demande :** | | |
| **7. Pièces à joindre :**   * Copie du/des diplôme(s) du requérant * Extrait du casier judiciaire du requérant de moins de 3 mois * Procédure de gestion des stupéfiants et des psychotropes et conditions de sécurité du stockage * Document descriptif de l’activité | | |
| **8. Pièces complémentaires jointes :** | | |
|  | Si le requérant n’est pas le responsable de la société : délégation de pouvoir | |
|  | S’il s’agit de MPUP : copie de l’autorisation d’activité de fabrication, importation et distribution en gros de substances actives délivrée par l’ANSM | |
|  | Si le stupéfiant/psychotrope est radiomarqué : copie de l’autorisation nominative délivrée par l’ASN (Autorité de sûreté nucléaire) | |
| *J’atteste l’exactitude des informations reportées et confirme la transmission de l’ensemble des pièces exigées listées ci-dessus*  **Date :** | | |
| **Signature du requérant :** | | |
| **Formulaire à adresser avec les pièces requises à :** [stupetpsy@ansm.sante.fr](mailto:stupetpsy@ansm.sante.fr)  **Objet du mail :** Selon l’activité **« MP, MPUP, Etalons de référence, DMDIV, Réactifs / Nom de l’établissement »** | | |