|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | Formulaire de demande d’autorisation portant sur les stupéfiants pour les **grossistes-répartiteurs, distributeurs en gros à l’exportation et distributeurs en gros à vocation humanitaire** |
| *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 pharmaceutique (EP) ou vétérinaire (EV) :** | | |
| **2. Requérant :**   |  |  | | --- | --- | | Nom et prénom : | | | Qualité : | Pharmacien Responsable (PR) Pharmacien Responsable Intérimaire (PRI)  Vétérinaire Responsable (VR)  Vétérinaire Responsable Intérimaire (VRI)  Vétérinaire adjoint  Vétérinaire délégué | | Téléphone : | | | Email : | | | | |
| **3. Localisation de l’établissement pharmaceutique ou vétérinaire :**  Adresse de l’établissement :  Le lieu de stockage des stupéfiants est-il différent ?  Oui  Non  *Si oui, indiquer l’adresse de stockage :* | | |
| **4. Une autorisation a-t-elle déjà été délivrée pour cet établissement :**  OUI  NON  *Si oui, indiquer :*  *- le numéro de l’autorisation :*  *- la personne autorisée :* | | |
| **5. Activité pour laquelle une autorisation est demandée :**  **Grossiste-répartiteur  Distributeur en gros à l’exportation  Distributeur en gros à vocation humanitaire** | | |
| **6. Pièces à joindre :** | | |
| * Copie du certificat d’inscription à l’ordre du requérant * Procédure de gestion des stupéfiants et conditions de sécurité du stockage * Copie de l’autorisation d’ouverture d’établissement délivrée par l’ANSM ou par l’ANSES | | |
| **7. Pièces complémentaires jointes :** | | |
|  | Pour les grossistes-répartiteurs de médicaments à usage humain : liste des pharmaciens habilités à la gestion des stupéfiants et engagement de mise à jour de cette liste par le PR | |
| *J’atteste l’exactitude des informations reportées et confirme la transmission de l’ensemble des pièces exigées 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 :** « **GRS / Nom de l’établissement**» | | |