|  |  |
| --- | --- |
|  | 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 **Objet du mail :** « **GRS / Nom de l’établissement**» |