|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | Formulaire de demande d’autorisation portant sur les stupéfiants et/ou les psychotropes dans le cadre de **la recherche, de l’analyse, du développement pharmaceutique (incluant les opérations de cession)** | | | |
| *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 | | | | | |
| **1. Requérant :**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Nom et prénom : | |  | | Qualité : | | | | Téléphone : |  | | | Email : |  | | | | | | | |
| **2. Nom et adresse de l’établissement :** | | | | | |
| **3. S’agit-il :**   * d’une première demande pour cet établissement :  OUI  NON   *Si non, indiquer le numéro de l’autorisation précédente :*   * d’une demande en tant qu’expert judiciaire :  OUI  NON | | | | | |
| **4. Projet dans lequel s’inscrit la demande :**  **Recherche  Analyse  Développement pharmaceutique  Cession** | | | | | |
| **5. Produits concernés :**  **Substances**  **Préparations**  **Etalons de référence** **autres que THC ou cannabinoïdes**  **Etalons de référence de THC et/ou autres cannabinoïdes classés stupéfiants** pour analyse de produits à base de cannabis ou utilisés dans le cadre de recherches  **Autres** | | | | | |
| **Substance**  **ou préparation, spécialité, étalon de référence**  *(dosage, forme, conditionnement)* | | | **Quantité**  *Exprimée à titre d’exemple : en nombre de boites pour le produit fini, en poids pour les substances, en concentration pour les étalons de référence, (mg/ml)…* | | **Nom et ville de l’établissement fournisseur/cessionnaire** |
|  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
| **6. Pièces à joindre :** | | | | | |
| * Document justificatif de la demande * Procédure de gestion et conditions de sécurité du stockage des stupéfiants et/ou des psychotropes * Extrait original du casier judiciaire de la personne à autoriser (volet n°3) datant de moins de 3 mois * Copie du/des diplômes de la personne à autoriser, ou certificat d’inscription à l’ordre des pharmaciens ou des vétérinaires | | | | | |
| **7. Pièces complémentaires jointes :** | | | | | |
|  | S’il s’agit d’un établissement pharmaceutique : autorisation d’ouverture d’établissement délivrée par l’ANSM ou l’ANSES | | | | |
|  | Si le requérant est un expert judiciaire : certificat d’inscription sur la liste des experts judiciaires | | | | |
|  | Si le requérant n’est pas le responsable de l’établissement : délégation de pouvoir | | | | |
|  | Si le fournisseur n’est pas une société implantée sur le territoire français : formulaire de demande d’importation | | | | |
|  | 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 ci-dessus.*  **Date :** | | | | | |
| **Signature du requérant :** | | | | **Nom, prénom et signature du responsable de l’établissement *(si différent)*:** | |
| **Formulaire à adresser avec les pièces requises à :** [stupetpsy@ansm.sante.fr](mailto:stupetpsy@ansm.sante.fr)  **Objet du mail :** Selon l’activité **« RECHERCHE, ANALYSE, DEVELOPPEMENT, CESSION / Nom de l’établissement** » | | | | | |