|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | Formulaire de demande d’autorisation relative à des **activités de recherche**  **et développement portant sur le cannabis ou des produits à base de cannabis** | | |
| *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. Les opérations se dérouleront-elles à l’adresse indiquée ci-dessus :**   **OUI  NON**  *Si non, indiquer l’adresse du lieu où les opérations seront réalisées :* | | | | |
| **4. S’agit-il d’une première demande pour cet établissement :**   **OUI  NON**  *Si non, indiquer :*   * *le numéro de l’autorisation précédente :* * *la personne autorisée :* | | | | |
| **5. Produits concernés :** | | | | |
| **Cannabis** | | * **Présentation** (ex : boutures, fleurs) * **Quantité en masse** (g, kg, mg) * **Variété(s)** | | **Nom et ville de l’établissement fournisseur/cessionnaire** |
|  | |  | |  |
|  | |  | |  |
| **Produits à base de cannabis** | | * **Présentation, dénomination,** * **Nombre d’unité(s),** * **Ratio THC/CBD,** * **Quantité de cannabis en masse** (g, kg) **nécessaire pour l’obtention du produit** | | **Nom et ville de l’établissement fournisseur/cessionnaire** |
|  | |  | |  |
|  | |  | |  |
| **Etalons de référence** | | * **Présentation, dosage,** * **Quantité** | | **Nom et ville de l’établissement fournisseur/cessionnaire** |
|  | |  | |  |
|  | |  | |  |
| **6. Pièces à joindre :** | | | | |
| * Procédure de gestion et conditions de sécurité du stockage des stupéfiants * Document descriptif du projet * Document formalisant des coopérations cosigné par les différentes Parties * 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 | | | | |
| **7. Pièces complémentaires jointes :** | | | | |
|  | Si la demande porte sur des opérations de culture : document descriptif de la sécurisation du site et des opérations | | | |
|  | S’il s’agit d’un établissement pharmaceutique : autorisation d’ouverture d’établissement | | | |
|  | 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 : « CANNABIS R&D / Nom de l’établissement »** | | | | |