|  |  |
| --- | --- |
|  | 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 **Objet du mail : « CANNABIS R&D / Nom de l’établissement »** |