|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ANSM - Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé  **Demande d’autorisation portant sur les stupéfiants ou les psychotropes pour les établissements non pharmaceutiques**  **Fabricant, importateur, distributeur en gros de matières premières et de réactifs** | | | | **Formulaire à adresser à :**  ANSM  Direction NEURHO  Equipe STUP (133)  143/147 bd Anatole France  93285 Saint Denis Cedex |
| **Requérant qui sera responsable des opérations effectuées sur les stupéfiants ou psychotropes :**  Nom :  Qualité :  Coordonnées :  *1. Joindre une copie du diplôme, un extrait original de casier judiciaire (volet n°3) datant de moins de 3 mois*  *2. Si le requérant n’est pas le responsable de la société, joindre sa délégation de pouvoir cosignée par le requérant*  **S’agit-il d’une première demande : ☐ OUI ☐ NON**  □ **Si non**, Indiquer le numéro de l’autorisation précédente : | | | | |
| **Nom de la société :**  *1. Joindre un extrait K bis ou L bis du registre du commerce pour les fabricants de réactifs (original datant de moins de 3 mois)*  *2. Joindre une copie de l’autorisation d’activité de fabrication, importation et distribution de substances actives, prévue à l’article L-5138-1 du code de la santé publique* | | | | |
| **Adresse où seront détenus et mis en œuvre les stupéfiants ou les psychotropes :** | | | | |
| **Nature des opérations effectuées** | | | | |
| **Dénomination de chaque substance** | **Type d’activités**  *(ex : fabrication, analyse, développement, etc)* | | **Nom et adresse du fournisseur de chaque substance** | |
|  |  | |  | |
|  |  | |  | |
|  |  | |  | |
|  |  | |  | |
| **Liste des clients** *(à joindre le cas échéant)* | | | | |
| **Conditions sécurisées de stockage**  *Joindre la description précise du local de stockage, accessibilité du local/personnes habilitées, système d’alerte et de sécurité renforcée mis en place, pour la première demande ou en cas de modification* | | | | |
| **Modalités de gestion des stupéfiants et psychotropes**  *Joindre la procédure de gestion en vigueur, le cas échéant pour la première demande ou en cas de modification* | | | | |
| **Date et signature du requérant** | | **Pour une 1ère demande, co-signature du responsable de la société** | | |