|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ANSM -** Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé  **Demande d’autorisation portant sur les stupéfiants pour les grossistes-répartiteurs, distributeurs en gros à l’exportation, distributeurs en gros à vocation humanitaire** | | **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 :**  Nom  Qualité  Coordonnées  *1. Joindre une copie du certificat d’inscription à l’Ordre des pharmaciens ou des vétérinaires*  *2. Joindre la délégation de pouvoir du pharmacien responsable (PR) ou du vétérinaire responsable (VR) cosignée par le requérant relative à la gestion des stupéfiants*  **S’agit-il d’une première demande : ☐ OUI ☐ NON**  □ Si non, Indiquer le numéro de l’autorisation précédente : | | |
| **Nom de l’établissement pharmaceutique (EP) ou vétérinaire (EV) :**  *Joindre une copie de l’autorisation d’ouverture de l’établissement pharmaceutique ou vétérinaire délivrée par l’ANSM ou l’ANSES* | | |
| **Adresse où seront détenus et mis en œuvre les stupéfiants :** | | |
| **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**  *Joindre la procédure de gestion en vigueur, le cas échéant pour la première demande ou en cas de modification* | | |
| **Date et signature du requérant** | **Signature du PR ou VR en cas de 1ère demande** | |