

# Anmeldeformular pharmaDigest

## Apothekenabonnement

Apotheke	
Name	
Strasse, Nr.	
PLZ, Ort	
E-Mail-Adresse	

Bezeichnung und Personalien der Person die berechtigt ist FPH-Punkte zu sammeln			
<input type="checkbox"/> Frau		<input type="checkbox"/> Herr	
Name			
Vorname			
Strasse, Nr.			
PLZ, Wohnort			
Geburtsdatum			
E-Mail-Adresse			
pharmaSuisse Mitglied	<input type="checkbox"/>	Mitglieder-Nr.	
pharmaSuisse Nicht-Mitglied	<input type="checkbox"/>		

Abonnemente	
Apothekenabonnement	<input type="checkbox"/>

- Hiermit bestätige ich/wir die AB gelesen und verstanden zu haben. Mit meiner/unsere(r) Unterschrift akzeptiere/n ich/wir die AB als integralen Vertragsbestandteil.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum,  
Unterschrift verantwortlicher Apotheker

\_\_\_\_\_  
rechtsgültige Unterschrift für die Apotheke

Für ein Apothekenabonnement dieses Formular vollständig ausgefüllt und unterzeichnet an folgende Adresse senden: pharmaSuisse, Schweizerischer Apothekerverband, Stationsstrasse 12, 3097 Bern-Liebefeld