

Anmeldeformular pharmaDigest®

Einzel - Abonnemente

Personalien			
<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.	
Nicht-Mitglied pharmaSuisse	<input type="checkbox"/>		

Abonnemente	
Einzel-Abonnement Apotheker	<input type="checkbox"/>
Einzel-Abonnement Student	<input type="checkbox"/>

- Hiermit bestätige ich die AB gelesen und verstanden zu haben. Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich die AB als integralen Vertragsbestandteil.

Ort, Datum und Unterschrift

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