

## Formulaire d'inscription à pharmaDigest®

### Abonnement de pharmacie

Pharmacie	
Nom	
Rue, no	
NPA, localité	
Adresse e-mail	

Désignation et coordonnées de la personne habilitée à acquérir des points FPH			
<input type="checkbox"/> Madame		<input type="checkbox"/> Monsieur	
Nom			
Prénom			
Rue, no			
NPA, localité			
Date de naissance			
Adresse e-mail			
Membre de pharmaSuisse	<input type="checkbox"/>	No de membre	
Non-membre de pharmaSuisse	<input type="checkbox"/>		

Abonnements	
Abonnement de pharmacie	<input type="checkbox"/>

- Par la présente, je confirme/nous confirmons avoir lu et compris les conditions d'abonnement (CA). Par ma/notre signature, j'accepte/nous acceptons ces dernières comme partie intégrante du contrat.

\_\_\_\_\_  
Lieu, date et signature du pharmacien  
responsable

\_\_\_\_\_  
Signature valable pour la pharmacie  
(propriétaire)

Pour un abonnement de pharmacie, prière de remplir ce formulaire et de le renvoyer dûment signé à l'adresse suivante (par la poste): pharmaSuisse, Société Suisse des Pharmaciens, Stationsstrasse 12, 3097 Berne-Liebefeld