

Formulaire d'inscription à pharmaDigest®

Abonnement individuel

Coordonnées			
<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 individuel pour pharmacien	<input type="checkbox"/>
Abonnement individuel pour étudiant	<input type="checkbox"/>

- Je confirme avoir lu et compris les conditions d'abonnement (CA). Par ma signature, j'accepte ces dernières comme partie intégrante du contrat.

Lieu, date et signature

Pour les abonnements individuels, 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