

Formulaire 2: Changement de gérant(e)

1. Coordonnées de la pharmacie:

Nom de la pharmacie:
Adresse:
NPA/Lieu:
Tél.:
Courriel:
Numéro SSPh (le cas échéant):

Changement de gérant(e) au _____

Changement de co-gérant(e) au _____

2. Coordonnées personnelles du nouveau gérant/ de la nouvelle gérante

Nom:
Prénom:
Adresse:
NPA/Lieu:
Tél.:
Courriel:
Numéro SSPh (le cas échéant):

Remarque importante:

Dans le cas où le/la gérant(e) précédent(e) a déjà adhéré à la convention tarifaire RBP IV/1 par le biais de pharmaSuisse et que vous souhaitez continuer à facturer à charge des assurances-maladie, nous vous prions de bien vouloir signer **également** la Déclaration d'adhésion à la convention tarifaire RBP IV/1 (Annexe 7).

Lieu et date	Signature(s) Gérant(e) et/ou co-gérant(e)

Nous vous prions de bien vouloir envoyer l'**original** du présent formulaire dûment rempli et signé à l'adresse suivante: **pharmaSuisse, Service des membres, Stationsstrasse 12, 3097 Liebefeld.**

Pour toute question, veuillez nous contacter par voie électronique à: Mitglied@pharmaSuisse.org ou par téléphone au 031 978 58 58.