

Formulaire 1 : Annonce de mutation

1. Coordonnées de la pharmacie (valables à compter de la date de mutation) :

Nom de la pharmacie :
Adresse :
NPA/Lieu :
Tél. :
Courriel :
Courriel pour les factures (si différent) :
Numéro SSPh (le cas échéant) :
Nom et prénom du responsable technique (gérant/e) :

2. Rapport de propriété (valable à compter de la date de mutation)

2.1 Entreprise individuelle

Nom et prénom (propriétaire) :

2.2 Personne morale

Raison de commerce de la personne morale :
--

3. Affiliation de la pharmacie à pharmaSuisse/raison de la mutation

3.1 La pharmacie souhaite être affiliée à pharmaSuisse dans le cadre suivant :

- Nouvelle ouverture au
- Affiliation d'une pharmacie existante au
- Changement de propriétaire (reprise) au

3.2 Annonce de mutation d'une pharmacie affiliée à pharmaSuisse :

- Changement de propriétaire (reprise) au
- Modification de la forme commerciale au
- Changement de nom au
- Fermeture au

En cas de **nouvelle ouverture** ou de **changement de gérant** concomitant à toute autre mutation, nous vous prions de remplir également le **formulaire 2**.

Par sa signature, le signataire habilité s'engage à fournir, conformément au ch. 3.2 du règlement sur la qualité de membre, les données nécessaires au calcul de la cotisation indirecte par voie électronique, sous la forme spécifiée par pharmaSuisse, à une fiduciaire désignée par pharmaSuisse. Dans ce contexte, les membres actifs attribuent aux fiduciaires désignées le droit de recueillir les données nécessaires auprès des grossistes (et autres fournisseurs), et autorisent les grossistes (et autres fournisseurs) à transmettre les données à la fiduciaire.

Lieu et date	Signature (Personne(s) autorisée(s) selon le registre du commerce)
---------------------	--

Remarque importante :

- Si la pharmacie est affiliée à pharmaSuisse, elle adhère automatiquement à la convention tarifaire CTM.
- Les employeurs ou les personnes exerçant une activité lucrative indépendante qui sont membres de pharmaSuisse doivent s'affilier à **la caisse de compensation AK105**. Sont exemptées de cette obligation les personnes qui sont déjà membres d'une autre association fondatrice d'une caisse de compensation (art. 64 al. 1 LAVS).

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 : membre@pharmaSuisse.org ou par téléphone au 031 978 58 26.