

## Annexe 7 Déclaration d'adhésion à la convention tarifaire RBP IV/1 du 1<sup>er</sup> janvier 2016 entre la Société Suisse des Pharmaciens (pharmaSuisse), tarifsuisse sa, la Communauté d'achat HSK, CSS et les assureurs mentionnés dans la convention tarifaire

<p><b>1.</b></p> <p>Sélectionner une des deux variantes:</p>	<input type="checkbox"/>	<p>Je suis <b>membre de pharmaSuisse</b> et j'adhère à la convention tarifaire nationale par le biais de pharmaSuisse. J'accepte explicitement les conditions de la convention, notamment la valeur du point tarifaire, les contributions aux frais, les modalités d'adhésion et de retrait, etc. De même, j'accepte, resp. j'adhère à la convention relative à la structure tarifaire du 1<sup>er</sup> janvier 2016 avec toutes ses annexes. J'accepte que pharmaSuisse transmette mes données à tarifsuisse sa pour la gestion de la convention. Le formulaire dûment rempli doit être renvoyé par poste à l'adresse suivante: <b>pharmaSuisse, Stationsstrasse 12, 3097 Berne-Liebefeld</b></p>
	<input type="checkbox"/>	<p>Je ne suis <b>pas membre de pharmaSuisse</b> et j'adhère à la convention tarifaire nationale par le biais de tarifsuisse sa. J'accepte explicitement les conditions de la convention, notamment la valeur du point tarifaire, les contributions aux frais, les modalités d'adhésion et de retrait, etc. De même, j'accepte, resp. j'adhère à la convention relative à la structure tarifaire du 1<sup>er</sup> janvier 2016 avec toutes ses annexes. J'accepte que tarifsuisse sa transmette mes données à pharmaSuisse pour autant que cela soit nécessaire pour l'exécution de la convention tarifaire (et de ses annexes). Le formulaire dûment rempli doit être renvoyé par la poste à l'adresse suivante: <b>tarifsuisse sa, Römerstrasse 20, 4500 Soleure</b></p>

<p><b>2.</b></p> <p>Indications concernant la pharmacie:</p>	Coordonnées du fournisseur de prestations <i>(tous les champs doivent obligatoirement être remplis)</i>		Deuxième pharmacie <i>(si elle existe)</i>
	Admission dans le canton		
	N° RCC <i>(tous)</i>		
	N° GLN		
	Nom/ raison sociale de la pharmacie		
	Nom du pharmacien responsable		
	Prénom		
	Adresse		
	NPA/Lieu		
	E-mail		
	Téléphone		

Le non-versement de la contribution d'adhésion ou d'une contribution aux frais dans les 40 jours de calendrier à compter de l'envoi de la lettre de rappel correspond à une demande de retrait sans délai de la convention tarifaire. La signature de ce formulaire d'adhésion vaut comme reconnaissance de dette au sens de l'art. 82 LP pour la contribution d'adhésion et les contributions aux frais (voir annexe 5 de la convention tarifaire). Par votre signature, vous confirmez que les indications que vous nous avez fournies sont correctes.

.....  
Lieu, date

.....  
Signature