
DÉCLARATION D'ADHÉSION À LA CONVENTION TARIFAIRE CONCLUE ENTRE LES ASSUREURS CONFORMÉMENT AUX LOIS FÉDÉRALES SUR L'ASSURANCE-ACCIDENTS (LAA), L'ASSURANCE MILITAIRE (LAM) ET L'ASSURANCE-INVALIDITÉ (LAI), ET LA SOCIÉTÉ SUISSE DES PHARMACIENS (PHARMA SUISSE)

Convention tarifaire du 1^{er} juillet 2017 (en vigueur depuis le 01.08.2017)
entre la Société Suisse des pharmaciens (pharmaSuisse) et
les assurances sociales fédérales

- Je suis une pharmacienne autorisée / un pharmacien autorisé selon la LAA, la LAM et la LAI, et je **déclare vouloir adhérer à la convention tarifaire** entre pharmaSuisse et les assureurs conformément aux lois fédérales sur l'assurance-accidents (LAA), sur l'assurance militaire (LAM) et sur l'assurance-invalidité (LAI). Je connais les droits et devoirs liés à la convention tarifaire. La signature de ce formulaire d'adhésion vaut comme reconnaissance de dette au sens de l'art. 82 LP pour les montants dus selon l'art 3 al. 2 de la convention tarifaire. L'adhésion à la convention tarifaire n'est effective qu'après la réception du paiement.
- Je n'adhère **pas** à cette convention tarifaire.

Pharmacien(ne) responsable: _____

Pharmacien(ne) (uniquement en cas de co-gestion): _____

Pharmacie: _____

Rue: _____

NPA: _____

Lieu: _____

Numéro GLN de la pharmacie: _____

Timbre de la pharmacie

Numéro RCC de la pharmacie: _____

Lieu/date: _____

Signature(s): _____

Veillez envoyer la déclaration d'adhésion valablement signée à l'adresse suivante:

Secrétariat SCTM, % pharmaSuisse, Stationsstrasse 12, 3097 Liebefeld

Nous sommes à votre disposition pour fournir tout renseignement que vous pouvez demander par e-mail à l'adresse suivante: info@pharmasuisse.ch.