

Formulaire de mutation de la convention tarifaire RBP IV/1 du 1^{er} janvier 2016

entre la
**Société Suisse des Pharmaciens
(pharmaSuisse)**
et
**tarifsuisse sa, la Communauté d'achat HSK,
CSS et les assureurs mentionnés dans la
convention tarifaire**

Changement de propriétaire **Changement de gérant**
Changement de propriétaire et de gérant **Changement de forme commerciale**
Changement de nom de la pharmacie

(tous les champs sont obligatoires/saisie électronique uniquement)

Informations actuelles:

N° RCC: [.....] GLN: [.....]
Nom de la pharmacie: [.....]
Adresse de la pharmacie: [.....] NPA/lieu: [.....]
Nom du/de la gérant/e: [.....] Prénom: [.....]
Adresse électronique de la pharmacie: [.....]

Nouvelles informations au (date): [.....]

N° RCC: [.....] GLN: [.....]
Nom de la pharmacie: [.....]
Adresse de la pharmacie: [.....] NPA/lieu: [.....]
Nom du/de la gérante: [.....] Prénom: [.....]
Adresse électronique de la pharmacie: [.....]

Veillez cocher ce qui convient (un seul choix possible)

La pharmacie est affiliée à pharmaSuisse et adhère à la convention tarifaire nationale via pharmaSuisse. Je reconnais explicitement les conditions de la convention, en particulier la valeur du point tarifaire, les règles en matière de taxe, les modalités d'adhésion et de résiliation, etc. J'accepte également la convention du 1^{er} janvier 2016 relative à la structure tarifaire et ses annexes et y adhère. J'accepte que pharmaSuisse mette mes données à la disposition de tarifsuisse sa à des fins de gestion de convention. **Je renvoie le formulaire rempli par courrier à: Société Suisse des Pharmaciens pharmaSuisse, Stationsstrasse 12, 3097 Liebefeld**

La pharmacie n'est pas affiliée à pharmaSuisse et adhère à la convention tarifaire nationale via tarifsuisse sa. Je reconnais explicitement les conditions de la convention, en particulier la valeur du point tarifaire, les règles en matière de taxe, les modalités d'adhésion et de résiliation, etc. J'accepte également la convention du 1^{er} janvier 2016 relative à la structure tarifaire et ses annexes et y adhère. J'accepte que tarifsuisse sa mette mes données à la disposition de pharmaSuisse si nécessaire pour l'exécution de la convention tarifaire (annexes comprises). **Je renvoie le formulaire rempli par courrier à: tarifsuisse sa, Römerstrasse 20, 4500 Soleure**

Le non-paiement de la taxe d'adhésion ou d'une contribution aux frais dans les 40 jours civils suivant l'envoi du rappel est considéré comme une résiliation immédiate de la convention tarifaire. La signature du présent formulaire d'adhésion a valeur de reconnaissance de dette au sens de l'art. 82 LP s'agissant de la taxe d'adhésion et des contributions aux frais (cf. annexe 5 de la convention tarifaire). La signature confirme l'exactitude des informations susmentionnées.

[.....]
Lieu, date

Signature