

Demande d'adhésion

(Veuillez remplir le formulaire directement sur votre ordinateur et nous le soumettre par courriel ou par la poste, d ument daté et signé)

Je demande l'adhésion à la Société Suisse des Pharmaciens pharmaSuisse:

Monsieur Madame
Titre _____
Prénom, nom _____
Date de naissance, nationalité _____
Adresse _____
NPA, localité _____
Téléphone (privé), portable _____
Courriel (privé) **important pour la connexion membre** _____

Canton

(Les personnes qui ne sont pas domiciliées en Suisse sélectionnent le canton dans lequel elles souhaitent exercer leur droit de vote et d'éligibilité)

Activité actuelle

depuis: _____

Pharmacien�ne de l'industrie	Pharmacien�ne hospitalier�re ou dans l'administration	�tudiant�e, doctorant�e
Pharmacien�ne d'officine	G�rant�e	Propri�taire

Pharmacie/employeur: _____

«Par ma signature, je confirme avoir reçu les statuts et le code de déontologie de la société fa ti re ainsi que les réglementations y relatifs et en avoir pris connaissance, et m'engage à respecter les obligations liées au statut membre qui en découlent.»

Lieu, date: _____ Signature: _____

Remarques: _____

Annexes (en copie):

Attestation valable ( tudiant e-s/doctorant e-s)
Attestation de thèse (doctorants)
Diplôme de doctorat/supplément au diplôme (titulaires)