



**Dichiarazione di adesione alla  
convenzione tariffale RBP IV/1  
del 1° gennaio 2016**

tra  
**Società Svizzera dei Farmacisti  
(pharmaSuisse)**  
e  
**tarifsuisse ag, Comunità di acquisti HSK,  
CSS e gli assicuratori menzionati nella  
convenzione tariffale**

(tutti i campi sono obbligatori/solo in formato elettronico)

**Informazioni:**

Valide dal (data): |.....|  
N.RCC della farmacia: |.....|  
GLN della farmacia: |.....|  
Nome della farmacia: |.....|  
Indirizzo della farmacia: |.....| NPA/località: |.....|  
E-mail dalla farmacia: |.....|  
Cognome del/la RT: |.....| / Nome: |.....|

**Spuntare la casella pertinente (è possibile un'unica risposta)**

**La farmacia è affiliata alla Società Svizzera dei Farmacisti pharmaSuisse** e aderisce alla convenzione collettiva nazionale tramite la Società Svizzera dei Farmacisti pharmaSuisse. Si riconoscono esplicitamente le condizioni della convenzione tariffale, in particolare il valore del punto tariffale, il regolamento delle tasse, le modalità di adesione e di revoca, ecc. Riconosco inoltre la convenzione del 1° gennaio 2016 relativa alla struttura tariffaria (con allegati) e vi aderisco. Acconsento che pharmaSuisse possa mettere i miei dati a disposizione di tarifsuisse ag ai fini della gestione della convenzione. **Spedisco il modulo compilato in formato originale per posta a: Schweizerischer Apothekerverband pharmaSuisse, Stationsstrasse 12, 3097 Bern- Liebefeld.**

**La farmacia non è affiliata alla Società Svizzera dei Farmacisti pharmaSuisse** e aderisce alla convenzione collettiva nazionale tramite tarifsuisse ag. Si riconoscono esplicitamente le condizioni della convenzione tariffale, in particolare il valore del punto tariffale, il regolamento delle tasse, le modalità di adesione e di revoca, ecc. Riconosco inoltre la convenzione del 1° gennaio 2016 relativa alla struttura tariffaria (con allegati) e vi aderisco. Acconsento che tarifsuisse ag possa mettere i miei dati a disposizione della Società Svizzera dei Farmacisti pharmaSuisse nella misura necessaria all'attuazione della convenzione tariffale (con allegati). **Spedisco il modulo compilato per posta a: tarifsuisse ag, Römerstrasse 20, 4500 Solothurn.**

**Il mancato pagamento della quota di adesione o di un contributo alle spese entro 40 giorni di calendario dall'invio del sollecito è considerato un ritiro dalla convenzione tariffale senza preavviso.** La firma del presente modulo di adesione vale come riconoscimento di debito secondo l'articolo 82 LEF (cfr. all. 5 della convenzione tariffale). Con la firma si conferma l'esattezza delle informazioni riportate sopra.

|.....|  
Luogo/data

|.....|  
Firma del/la **RT**  
|.....|  
Nome e cognome del/la **RT** in stampatello