

## **Modulo di notifica 2: cambio del/la responsabile tecnico/a (RT)**

Cambio di RT

Co-RT(cambio o nuovo/a)

**Valido dal (data):**

### **1. Informazioni sulla farmacia**

Nome della farmacia:
Indirizzo:
NPA/località:
Telefono:
E-mail:
Numero SSF della farmacia (se disponibile):

### **2. Informazioni personali sul/la RT**

Cognome:
Nome:
Indirizzo:
NPA/località:
Telefono:
E-mail:
Numero SSF del/la RT(se disponibile):

<b>Luogo e data</b>	<b>Firma(e)</b> del/la RT
	<b>Nome/i e cognome/i in stampatello</b>

#### **Nota importante**

Se la convenzione tariffale RBP IV/1 è già stata sottoscritta tramite la Società Svizzera dei Farmacisti pharmaSuisse e desiderate continuare a essere considerati autorizzati a fatturare agli assicuratori malattie, vi preghiamo di firmare anche la dichiarazione di adesione alla convenzione tariffale RBP IV/1 (secondo all. 7).

Vi preghiamo di spedire **per posta** il modulo di notifica **in formato originale**, debitamente firmato, al seguente indirizzo:

Schweizerischer Apothekerverband pharmaSuisse, Mitgliedermanagement, Stationsstrasse 12, 3097 Liebefeld.