



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

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

tous les champs sont obligatoires/saisie électronique uniquement (Exception: signature après impression)

La personne responsable technique soussignée resp. la pharmacie annonce les mutations suivantes :
Veuillez cocher ce qui convient, choix multiple possible:

Changement de propriétaire et/ou de forme juridique de la pharmacie avec/sans changement du N° RCC
Changement de propriétaire et/ou de forme juridique de la pharmacie avec/sans changement du GLN
de la pharmacie
Changement de nom de la pharmacie
Changement de la personne responsable technique

La **pharmacie** est (veuillez cocher ce qui convient, un seul choix possible)

Affiliée à la Société Suisse des
Pharmaciens pharmaSuisse.

N'est pas affiliée à la Société Suisse des Pharmaciens
pharmaSuisse.

Informations actuelles:

N°RCC de la pharmacie: [.....] GLN de la pharmacie: [.....]
N°SSPh de la pharmacie: [.....]
Nom de la pharmacie: [.....]
Adresse de la pharmacie: [.....]
NPA de la pharmacie: [.....] Lieu de la pharmacie: [.....]
Adresse électronique de la pharmacie: [.....]
N° SSPh de la personne responsable technique: [.....]
Nom du responsable technique: [.....] Prénom: [.....]

Nouvelles information :

Valable à partir de (Date): [.....]
N°RCC de la pharmacie: [.....] GLN de la pharmacie : [.....]
N°SSPh de la pharmacie: [.....]
Nom de la pharmacie: [.....]
Adresse de la pharmacie: [.....]
NPA de la pharmacie: [.....] Lieu de la pharmacie: [.....]
Adresse électronique de la pharmacie: [.....]
N° SSPh de la personne responsable technique:
Nom du responsable technique: [.....] Prénom: [.....]

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.

Le responsable technique ou la pharmacie soussigné(e) confirme par sa signature l'exactitude des données susmentionnées. Le pharmacien responsable ou la pharmacie signataire adhère à la convention tarifaire nationale et automatiquement à la convention MTK. Les conditions de la convention tarifaire, en particulier la valeur du point, la réglementation des taxes, les modalités d'adhésion et de résiliation, sont acceptées. Les modalités de retrait sont explicitement reconnues. De même, la personne soussignée reconnaît la convention du 1er janvier 2016 relative à la structure tarifaire avec ses annexes et y adhère.

La personne soussignée, respectivement la pharmacie, déclare par sa signature accepter que la Société Suisse des Pharmaciens pharmaSuisse traite toutes les données à des fins de gestion de la convention LOA et, en cas d'adhésion ou d'affiliation, de la gestion des membres de la Société Suisse des Pharmaciens pharmaSuisse et les transmette aux partenaires contractuels LOA, tarifsuisse sa et SASIS SA pour la mise en œuvre de la convention tarifaire

Le formulaire rempli électroniquement doit être imprimé, signé à la main et envoyé en original par la poste à : Société suisse des pharmaciens pharmaSuisse, Gestion des membres, Stationsstrasse 12, 3097 Berne-Liebefeld.

.....
Lieu/Date

.....
Signature de la **personne responsable technique**

.....
Prénom et nom de la **personne responsable technique**
en majuscules