



**Modulo di modifica della 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 e devono essere compilati elettronicamente (eccezione: la firma dopo la stampa)

Il/la sottoscritto/a RT, rispettivamente la farmacia segnala le seguenti modifiche. Vi preghiamo di spuntare le caselle pertinenti, sono possibili più risposte:

cambio del/la titolare e/o della forma giuridica della farmacia con/senza modifica del n. RCC della farmacia
cambio del/la titolare e/o della forma giuridica della farmacia con/senza modifica del GLN della farmacia
modifica del nome della farmacia
cambio del/la responsabile tecnico/a (RT)

La farmacia è (spuntare la casella pertinente, è possibile un'unica risposta):

affiliata alla Società Svizzera dei
Farmacisti pharmaSuisse

non è affiliata alla Società Svizzera dei Farmacisti
pharmaSuisse

Informazioni attuali:

N.RCC della farmacia: GLN della farmacia:

N: SSF della farmacia:

Nome della farmacia:

Indirizzo della farmacia:

NPA della farmacia: Località della farmacia:

E-mail dalla farmacia:

N.SSF/FPH del/la RT:

Cognome del/la RT: / Nome del/la RT:

Informazioni aggiornate:

Valide dal (data):

N.RCC della farmacia: GLN della farmacia:

N.SSF della farmacia:

Nome della farmacia:

Indirizzo della farmacia:

NPA della farmacia: / Località della farmacia:

E-mail dalla farmacia:

N.SSF/FPH del/la RT:

Cognome del/la RT: / Nome del/la RT:



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.

Il/la sottoscritto/a RT, rispettivamente la farmacia, con la propria firma conferma che le informazioni riportate sopra sono corrette.

Il/la sottoscritto/a RT, rispettivamente la farmacia, aderisce automaticamente alla convenzione tariffale nazionale e alla convenzione CTM. 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. La persona sottoscritta riconosce e aderisce anche alla convenzione del 1° gennaio 2016 relativa alla struttura tariffale con allegati.

Con la firma seguente il/la sottoscritto/a RT, rispettivamente la farmacia, acconsente che la Società Svizzera dei Farmacisti pharmaSuisse possa trattare tutti i dati ai fini della gestione della convenzione RBP e, in caso di affiliazione o fusione, della gestione dei membri di pharmaSuisse e trasmetterli ai partner contrattuali RBP, tarifsuisse ag e SASIS AG per l'attuazione della convenzione tariffale.

Il modulo compilato elettronicamente deve essere stampato, firmato a mano e inviato in formato originale per posta a: Schweizerischer Apothekerverband pharmaSuisse, Mitgliedermanagement, Stationsstrasse 12, 3097 Bern- Liebefeld.

.....
Luogo/data

.....
Firma del/la **RT**

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