



**Modulo di modifica alla convenzione tariffale RBP V per le prestazioni
nelle farmacie pubbliche del 1° gennaio 2026 tra Società Svizzera dei
Farmacisti pharmaSuisse e Comunità di acquisti HSK SA, CSS
Assicurazione malattie SA, tarifsuisse sa 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 modifica del n. RCC della farmacia
☐ cambio del/la titolare e/o della forma giuridica della farmacia con 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: [.....]
Cognome del/la RT: [.....] Nome del/la RT: [.....]

Il mancato pagamento della quota di adesione o di esecuzione entro 30 giorni di calendario dall'invio del sollecito è considerato una disdetta senza preavviso della convenzione tariffale RBP V per le prestazioni nelle farmacie pubbliche del 1° gennaio 2026. La firma del presente modulo di adesione vale come riconoscimento di debito ai sensi dell'art. 82 LEF per le quote di adesione e di esecuzione.

La persona firmataria responsabile dal punto di vista tecnico-specialistico o la farmacia conferma con la propria firma la correttezza dei dati summenzionati.

La persona firmataria responsabile dal punto di vista tecnico-specialistico risp. la farmacia aderisce con la propria firma alla convenzione tariffale nazionale RBP V per le prestazioni nelle farmacie pubbliche del 1° gennaio 2026 tramite pharmaSuisse, indipendentemente dal fatto che la farmacia sia o meno affiliata a pharmaSuisse. Le condizioni della convenzione tariffale e delle sue parti integranti, in particolare i diritti e i doveri, il valore del punto tariffale, il regolamento delle tariffe, le modalità di adesione e di disdetta, sono riconosciute esplicitamente. Allo stesso modo, la persona firmataria responsabile dal punto di vista tecnico-specialistico risp. la farmacia riconosce e sottoscrive la convenzione del 1° gennaio 2026 relativa alla struttura tariffale RBP V con allegati e vi aderisce. Inoltre, la persona firmataria responsabile dal punto di vista tecnico-specialistico risp. la farmacia che i dati rilevanti per il monitoraggio, conformemente agli allegati C e D della convenzione sulla struttura tariffale RBP V, vengano forniti gratuitamente al centro dati designato da pharmaSuisse. Così come che il validatore designato per la mia farmacia trasmetta gratuitamente i dati per l'alimentazione del fondo per la qualità e la ricerca, ai sensi dell'art. 8 della convenzione sulla struttura tariffale RBP V, a un centro dati designato da pharmaSuisse.

Apponendo la propria firma, la persona firmataria responsabile dal punto di vista tecnico-specialistico o la farmacia acconsente al trattamento di tutti i dati da parte della Società Svizzera dei Farmacisti pharmaSuisse ai fini della gestione dei contratti RBP e, in caso di affiliazione o adesione all'Associazione, li trasmetta alle parti contraenti RBP V, (HSK, CSS, tarifsuisse sa) e SASIS SA per l'attuazione della rispettiva convenzione tariffale.

Il modulo compilato elettronicamente deve essere stampato, firmato a mano e inviato per posta in originale a: Società Svizzera dei Farmacisti pharmaSuisse, Gestione dei membri e amministrazione delle farmacie, Stationsstrasse 12, 3097 Berna-Liebefeld.

Luogo/data

.....

Firma del/la **RT**

.....

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

.....