

## **Modulo di notifica 1: modifiche da segnalare**

In caso di **nuova apertura** o di **contemporaneo cambio del/la responsabile tecnico/a (RT)** o in tutti gli altri casi, vi preghiamo di compilare anche il **modulo di notifica 2**.

### **1.1 La farmacia desidera aderire alla Società Svizzera dei Farmacisti pharmaSuisse per:**

- Nuova apertura
- Fusione con una farmacia esistente
- Cambio di proprietà (acquisizione di un'azienda)

### **1.2 Notifica di modifica di una farmacia affiliata alla Società Svizzera dei Farmacisti pharmaSuisse per:**

- Cambio di proprietà (acquisizione di un'attività)
- Modifica della forma giuridica
- Cambio di nome
- Chiusura

**Valido dal (data):**

## **2. Informazioni sulla farmacia**

Nome della farmacia:
Indirizzo:
NPA/località:
Telefono:
E-mail :
E-mail per le fatture (se diversa):
Numero SSF della farmacia (se disponibile):
Nome e cognome del/la responsabile tecnico/a (RT):

## **2. Stato della proprietà secondo il registro di commercio**

### **2.1 Ditta individuale**

Cognome/nome (proprietario/a):
--------------------------------

### **2.2 Persona giuridica**

Ragione sociale della persona giuridica (se ad es. SA, Sagl):
---

### 3. Persona responsabile dello studio RoKA (se diversa dal/la RT)

(per maggiori informazioni: <https://pharmasuisse.org/de/politik-und-medien/fakten-und-statistiken/roka>)

Nome, cognome:

Indirizzo e-mail:

Con la firma, la persona autorizzata a firmare secondo il punto 3.2 del Regolamento di affiliazione s'impegna a trasmettere elettronicamente i dati necessari per il calcolo della quota associativa indiretta nel modulo indicato dalla Società Svizzera dei Farmacisti pharmaSuisse a un ufficio fiduciario designato dalla Società Svizzera dei Farmacisti pharmaSuisse. A tal riguardo, i membri attivi autorizzano l'ufficio fiduciario designato a richiedere i dati necessari ai grossisti (e ad altri fornitori) e i grossisti (e altri fornitori) a fornire i dati all'ufficio fiduciario.

<b>Luogo/data</b>	<b>Firma</b>  (persona/e firmataria/e autorizzata/e secondo l'estratto del registro di commercio)  <b>Nome/i e cognome/i in stampatello</b>
-------------------	---

#### Note importanti

- Se la farmacia è affiliata alla Società Svizzera dei Farmacisti pharmaSuisse, si considera automaticamente la sua adesione alla convenzione tariffale CTM.
- I datori di lavoro o i lavoratori indipendenti che sono affiliati alla Società Svizzera dei Farmacisti pharmaSuisse devono aderire alla [cassa di compensazione AK105](#). La presente disposizione non si applica alle persone che hanno già aderito a un'altra associazione fondatrice di una cassa di compensazione (art. 64 cpv. 1 LAVS).

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

Società svizzera dei farmacisti pharmaSuisse, Gestione dei membri e amministrazione delle farmacie,  
Stationsstrasse 12, 3097

Per qualsiasi domanda, non esitate a contattarci via e-mail all'indirizzo: [mia@pharmaSuisse.org](mailto:mia@pharmaSuisse.org) o per telefono al numero [031 978 58 58](tel:0319785858).