

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):

Luogo e data	Firma(e) del/la RT Nome/i e cognome/i in stampatello
---------------------	---

Nota importante

Se la convenzione tariffale RBP V 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 il modulo di modifica convenzione tariffale RBP V (secondo all. 7).

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