

Meldeformular netCare

Das vorliegende Formular dient netCare Apotheken, gemäss nachfolgender Auswahl entweder zur Anmeldung zur Teilnahme an netCare im Rahmen der bestehenden netCare Franchisevereinbarung, zur Abmeldung von der Teilnahme an netCare oder für die Meldung von Mutationen. Eine Abmeldung entspricht dabei keiner Kündigung einer bestehenden netCare Franchisevereinbarung.

Bitte füllen Sie alle Pflichtfelder (Feld mit * markiert) aus und übermitteln das Formular per E-Mail an netcare@pharma-info.ch.

Meldegründe *

<input type="checkbox"/> Anmeldung
<input type="checkbox"/> Mutation
<input type="checkbox"/> Abmeldung
Mutationsgrund/Abmeldegrund *:

Angaben zur Apotheke

Bezeichnung Apotheke *	
Strasse, Nr. *	
PLZ, Ort *	
Telefonnummer *	
E-Mailadresse der Apotheke *	
IBAN für Rückvergütung *	
Korrespondenzsprache *	<input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> Französisch
Mitgliedschaften * (z.B. Kette, Gruppierung, Verband)	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Gruppierung, Kette, Verband Bezeichnung:
netCare Franchise für die Verrechnung * (z.B. Bezeichnung Kette, Gruppierung oder Verband)	<input type="checkbox"/> Individuell <input type="checkbox"/> Gruppierung, Kette, Verband Bezeichnung:

Meldung Verantwortlicher Personen der netCare Apotheke

Erfassen Sie nachfolgend die zuständigen Personen für die Apotheke inkl. deren FPH-Nr. Zusätzlich ist zu erfassen, ob der netCare Apotheker bereits den «Fähigkeitsausweis FPH Anamnese in der Grundversorgung» sowie das Zertifikat «Anamnese Vertiefung netCare Start» erworben hat.

Meldung verantwortlicher Personen

	Name, Vorname *	FPH-Nr. *		
Verantwortlicher Apotheker / Verwalter *				
netCare Apotheker mit «Fähigkeitsausweis FPH Anamnese in der Grundversorgung» oder dessen Erwerb nach Vertragsabschluss binnen 3 Jahren *			<input type="checkbox"/> Ja Zertifikat erworben am MM.JJ: <input type="checkbox"/> Nein Erwerb innerhalb von 3 Jahren bis MM.JJ:	
netCare Apotheker mit Zertifikat «Anamnese Vertiefung netCare Start» *			<input type="checkbox"/> Ja Zertifikat erworben am MM.JJ: <input type="checkbox"/> Nein Zertifikat noch nicht erworben Der netCare Apotheker wird nach Unterzeichnung des Vertrages direkt auf den Kurs «Anamnese Vertiefung netCare Start» gebucht.	
E-Mailadresse des netCare Apothekers *				

Weitere netCare Apotheker

Name, Vorname	FPH-Nummer*

Der verantwortliche Apotheker/Verwalter für die Apotheke und der netCare Apotheker mit Fähigkeitsausweis FPH erklären hiermit die Teilnahmebedingungen netCare sowie ihre vertraglichen Pflichten gemäss der aktuell gültigen Franchisevereinbarung gelesen und verstanden zu haben. Mit dem Übermitteln des Meldeformulars gelten die Teilnahmebedingungen für netCare Apotheken, sowie die Pflichten für Verwalter und netCare Apotheker als akzeptiert.

Hiermit bestätige ich, dass die obengenannten Bedingungen erfüllt werden.

Ort, Datum *:

Unterschrift *:

Bitte übermitteln Sie das Formular per E-Mail an netcare@pharma-info.ch.