

## Formulaire de notification netCare

Le présent formulaire permet aux pharmacies de s'inscrire à netCare dans le cadre de l'accord de franchise netCare existant, de se désinscrire de netCare ou d'annoncer des mutations. Une désinscription ne constitue pas une résiliation de l'accord de franchise netCare existant.

Veillez remplir tous les champs obligatoires (champ marqué d'un \*) et transmettre le formulaire par e-mail à netcare@pharma-info.ch.

### Motifs de la notification \*

Inscription

Mutation

Désinscription

Motif de la mutation/de la désinscription\*:

### Données de la pharmacie netCare

Nom de la pharmacie *	
Rue, Numéro. *	
NPA, localité *	
Numéro de téléphone *	
Adresse e-mail de la pharmacie *	
IBAN pour le remboursement *	
Langue de correspondance *	<input type="checkbox"/> Allemand <input type="checkbox"/> Français
Affiliation * (p. ex. chaîne, groupement, association)	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Groupement, chaîne, association Désignation:
Franchise netCare pour la facturation * (p. ex. désignation chaîne, groupement, ou association)	<input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Groupement, chaîne, association Désignation:

**Liste des personnes responsables de la pharmacie netCare**

Veuillez répertorier ci-dessous les personnes responsables de la pharmacie avec leur numéro FPH. Veuillez également spécifier si le pharmacien netCare a déjà obtenu le certificat de formation complémentaire « FPH Anamnèse en soins primaires » ainsi que le certificat « Approfondissement de l'anamnèse netCare Start »

**Déclaration des personnes responsables**

	Nom, Prénom *	No. - FPH *	
Pharmacien responsable / gérant *			
Pharmacien netCare avec certificat de formation complémentaire FPH déjà acquis ou obtention dans les 3 ans *			<input type="checkbox"/> Oui Certificat obtenu le MMAA:  <input type="checkbox"/> Non Acquisition dans les 3 ans jusqu'au MMAA:
Pharmacien netCare avec certificat « Approfondissement de l'anamnèse netCare Start » *			<input type="checkbox"/> Oui Certificat obtenu le MMAA:  <input type="checkbox"/> Non Certificat pas encore obtenu Après la signature du contrat, le pharmacien netCare est directement inscrit au cours "Approfondissement de l'anamnèse netCare Start".
Adresse e-mail du pharmacien netCare *			

**Autres pharmaciens netCare**

Nom, Prénom	Numéro FPH*

Le pharmacien responsable/gérant de la pharmacie et le pharmacien netCare titulaire du certificat de capacité FPH déclarent par la présente avoir lu et compris les conditions de participation netCare ainsi que leurs obligations contractuelles conformément à la convention de franchise actuellement en vigueur. En transmettant le formulaire de déclaration, les conditions de participation pour les pharmacies netCare, ainsi que les obligations pour les gérants et les pharmaciens netCare sont considérées comme acceptées.

Je certifie par la présente que les conditions susmentionnées sont remplies.

Lieu, Date \*: .....

Signature \*: .....

**Veillez soumettre le formulaire par e-mail à [netcare@pharma-info.ch](mailto:netcare@pharma-info.ch)**