MEDI SERVICE
Votre pharmacie spécialisée

Formulaire des coordonnées du médecin pour l'enregistrement

Envoyez le formulaire rempli à MediService SA, Ausserfeldweg 1, 4528 Zuchwil
E-Mail: contact@mediservice.ch
Téléphone: 032 686 20 20 / Fax: 032 686 20 30

Données personnelles

Madame ☐ Monsieur ☐

Titre

Prénom, Nom*

Titre de spécialiste*

N° RCC*

7¦6¦0¦1¦__¦__¦__¦__¦__¦__¦__¦__¦__¦
N° GTIN

_____ . _____ . _____
Date de naissance (jour.mois.année)

(* = rubriques obligatoires)

Données cabinet médical

Timbre du cabinet médical:

Adresse du cabinet médical

Rue/N°*

NPA* Localité*

__¦__¦__ - __¦__¦__¦__¦__¦__¦__
Téléphone*

__¦__¦__ - __¦__¦__¦__¦__¦__¦__
Fax

E-Mail*

Equipement informatique

Système	Systeme d'exploitation	Navigateur
☐ MAC	☐ iOS	☐ Safari
☐ PC	☐ Windows 11	☐ Microsoft Explorer
	☐ Windows 10	☐ Chrome
	☐ Windows 9	☐ Mozilla Firefox
	☐ Autre _____	☐ Autre _____

☐ Je souhaite le transfert directement depuis le logiciel de mon cabinet.

Logiciel du cabinet: _____

Déclaration

Par la présente, je confirme l'exhaustivité et l'exactitude des indications fournies. Je certifie être en possession d'une autorisation officielle de pratiquer la médecine en Suisse ainsi que d'une autorisation cantonale d'exercer.

Les indications fournies seront utilisées par MediService SA dans le cadre de l'inscription à MediScript-ch, programme d'établissement d'ordonnances et de saisie de commandes.

Lieu, Date

Signature du médecin

09SB0029F_e