



## Le diamo il benvenuto da MediService

MediService è la prima farmacia specializzata svizzera ed è sinonimo di consegna di medicinali per posta direttamente a casa sua in modo comodo e conveniente. MediService attribuisce da sempre grande importanza ai valori svizzeri di qualità, discrezione e affidabilità.

### Convenienza

MediService non addebita per principio i controlli medicinali/acquisti. I nuovi clienti beneficiano inoltre di uno sconto dely

- Sconto del 5 % per i nuovi clienti\* (per un anno intero)
- Sconto permanente del 5 % sui generici\*

### Per gli assicurati Multimed sono previsti i seguenti sconti interessanti:

- Sconto permanente del 3 % sugli originali compresi i biosimilari\*
- Sconto permanente del 14 % sui generici\*
- CHF 40.– a confezione, sconto permanente sulla maggior parte degli originali compresi i biosimilari, con prezzo al pubblico superiore a CHF 1'028.–

Gli sconti non sono cumulabili.

\*si applica alla maggior parte dei medicinali con prezzo a confezione inferiore a CHF 1'028.–.

Le regaliamo il costo della consegna e dell'imballaggio, non fatturiamo spese di spedizione.

### Praticità

MediService effettua la consegna a casa sua per posta in una confezione discreta e neutra. Può lasciare a noi gli oneri amministrativi. Effettuiamo la fatturazione direttamente con Visana. E le inviamo un promemoria quando la sua ricetta ripetibile sta per scadere.

### Sicurezza

I farmacisti di MediService sottopongono ogni ordinazione a una verifica farmaceutica a più livelli. E se ha domande saranno lieti di assisterla di persona al numero di telefono 032 686 20 20, o anche nella farmacia di Zuchwil.

## Ordini subito - ecco come



Compilare la scheda di accompagnamento della ricetta e allegare la ricetta medica → Inserire nella busta → Spedire



## Scheda di accompagnamento

(Si prega di compilare e barrare le caselle appropriate)

- Ordino i miei farmaci secondo la/le ricetta/e allegata/e
- Desidero iscrivermi. Vi invierò la ricetta in un secondo momento.
- Signora    Signor      Lingua:  I    T    F

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Via/N. \_\_\_\_\_

NPA/Località \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

- Indirizzo di consegna uguale al domicilio sopraindicato
- Altro indirizzo di consegna    Una volta    Sempre

Data di consegna desiderata: \_\_\_\_\_

I miei dati assicurativi: (compilare o allegare una copia della tessera di assicurato)

Assicurazione di base      N. assicurazione \_\_\_\_\_

Assicurazione complementare      N. assicurazione \_\_\_\_\_

Si prega di inviare la ricetta originale unitamente alla presente utilizzando la busta allegata.

Allegare la/le ricetta/e e la scheda di accompagnamento compilata. Riceverà i suoi medicinali nel giro di pochi giorni.