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 \***

|  |
| --- |
| Anmeldung  Mutation  Abmeldung |
| Mutationsgrund/Abmeldegrund \*: |

**Angaben zur Apotheke**

|  |  |
| --- | --- |
| Bezeichnung Apotheke \* |  |
| Strasse, Nr. \* |  |
| PLZ, Ort \* |  |
| Telefonnummer \* |  |
| E-Mailadresse der Apotheke \* |  |
| IBAN für Rückvergütung \* |  |
| Korrespondenzsprache \* | * Deutsch * Französisch |
| Mitgliedschaften \*  (z.B. Kette, Gruppierung, Verband) | * keine * Gruppierung, Kette, Verband Bezeichnung: |
| netCare Franchise für die Verrechnung \*  (z.B. Bezeichnung Kette, Gruppierung oder Verband) | * Individuell * 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 \* |  |  | * Ja   Zertifikat erworben am MM.JJ:   * Nein   Erwerb innerhalb von 3 Jahren bis MM.JJ: | |
| netCare Apotheker mit Zertifikat  «Anamnese Vertiefung netCare Start» \* |  |  | * Ja   Zertifikat erworben am MM.JJ:   * Nein | |
| E-Mailadresse des netCare Apothekers \* |  | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname | FPH-Nummer\* |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Weitere netCare Apotheker**

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**](mailto:netcare@pharma-info.ch)**.**