

## Formulaire d'inscription « ISO 9001 QMS Pharma »

Période d'inscription jusqu'au 30.06.2023 -> Entrée dans la vague de certification 2023  
 Période d'inscription à partir de 01.07.2023-> Entrée dans la vague de certification 2024

|   |  |
|---|--|
| <b>Nom de la pharmacie :</b>  | <b>Logiciel et version :</b>                               |
| <b>Rue n°</b>   | <b>Personne responsable de la qualité :</b>                |
| <b>NPA, Lieu :</b>  | <b>Fonction de la personne responsable de la qualité :</b> |
| <b>Langue de la correspondance :</b><br><input type="checkbox"/> Allemand <input type="checkbox"/> Français         | <b>Numéro GLN de la pharmacie :</b>                        |
| <b>Adresse E-Mail de la pharmacie :</b>   | <b>Numéro N°SSPh de la pharmacie :</b>                     |
| <b>Adresse E-Mail pour les documents QMS :</b><br><small>(si différent de l'adresse e-mail de la pharmacie)</small> | <b>Numéro RCC de la pharmacie :</b>                        |
| <b>Numéro de téléphone :</b>  | <b>Appartenance à chaîne/groupement :</b>                  |

### Prix pour les pharmacies :

Date du contrat < 1. Juillet 2023 **CHF 2'985.-\*** pour 3 ans (2023, 2024 et 2025)  
 Date du contrat ≥ 1. Juillet 2023 **CHF 2'985.-\*** pour 3 ans (2024, 2025 et 2026\*\*)

Facturation annuelle, en 3 tranches de CHF 995.-\*/an

Tous les prix s'entendent hors TVA.

\*\* plus paiement partiel au prorata pour l'année 2023 voir CCG

### Option MyQMS (gestion électronique des documents):

Je suis intéressé par un abonnement annuel à MyQMS, veuillez m'envoyer les informations correspondantes.

Je confirme/nous confirmons par la présente l'exactitude de nos indications et avoir lu et compris **les conditions générales du contrat (CCG)** du ISO 9001 QMS Pharma (version 4.0) jointes en annexe. Par ma/notre signature, j'accepte/nous acceptons **les CCG** (version 4.0) comme partie intégrante du contrat. En outre, je/nous accepte(ons) qu'IFAK DATA publie le nom des pharmacies certifiées dans ses propres médias (imprimés et électroniques).

\_\_\_\_\_  
 Lieu, date,  
 Signature du pharmacien responsables

\_\_\_\_\_  
 Lieu, date,  
 Signature juridiquement valable pour la pharmacie

Le formulaire dûment rempli et original signé doit être envoyé à :  
 IFAK DATA SA, case postale 6045, rue de Boujean 162, 2500 Biel/Bienne 6