ISO 9001-
QMS Pharma

IFAKDATA PHARMA-info

Formulario d'iscrizione «ISO 9001 QMS Pharma»

Periodo d'iscrizione a partire dal 01.07.2023- > entrata nell'ondata di certificazione 2024

Informazioni sulla farmacia

Nome della farmacia:	**Software e versione:**
Via e n.:	**Persona responsabile della qualità:**
CAP e luogo:	**Funzione della persona responsabile della qualità:**
Lingua di corrispondenza: **❑ tedesco ❑ francese**	**Numero GLN della farmacia:**
Indirizzo e-mail della farmacia	**Numero SSF della farmacia:**
Indirizzo e-mail per i documenti QMS:	**Numero RCC della farmacia:**
Numero di telefono:	**Affiliazione al gruppo / alla catena:**

Prezzo per le farmacie :

La preghiamo di selezionare la durata del contrato desiderata (3 o 6 anni) :

❑ **Contratto concluso per 3 anni**
data del contratto ≥ 1° luglio 2023 **CHF 3'780.–*** per 3 anni** (2024, 2025 e 2026***)

❑ **Contratto concluso per 6 anni**
data del contratto ≥ 1° luglio 2023 **CHF 7'320**.-** per 6 anni (2024 – 2026 e 2027 - 2029***)

*Fatturazione annuale, in tre rate da CHF 1260.–/anno
** Fatturazione annuale, in sei rate da CHF 1220.–/anno
***Più una quota forfettaria di CHF 400.- per l'anno 2023 vedi CGC

Tutti i prezzi s'intendono IVA esclusa.

IFAK DATA AG
Route de Boujean 162 / CP 6045 / CH-2500 Bienne 6
Numero di telefono 032 – 344 10 31 / info@ifakdata.ch / www.ifakdata.ch

ISO 9001-
QMS Pharma

IFAKDATA PHARMA-info

Opzione myQMS (gestione elettronica dei documenti):

❑ sono interessato a un abbonamento myQMS. Vogliate inviarmi informazioni al riguardo.

Con la presente confermo / confermiamo la correttezza dei dati forniti nonché di aver letto e compreso le **Condizioni generali di contratto (CGC)** di ISO 9001 QMS Pharma. Con la mia / nostra firma accetto / accettiamo le CGC quale parte integrante del contratto. Inoltre, acconsento / acconsentiamo alla pubblicazione dei nomi delle farmacie certificate da parte di IFAK DATA nei propri media (in forma stampata ed elettronica).

_____	_____
Luogo e data Firma giuridicamente valida per la farmacia	Luogo e data Firma del farmacista responsabile

Il modulo compilato in modo completo e firmato in originale deve essere inviato a:
IFAK DATA SA, Casella postale 6045, Route de Boujean 162, 2500 Bienne 6

IFAK DATA AG
Route de Boujean 162 / CP 6045 / CH-2500 Bienne 6
Numero di telefono 032 – 344 10 31 / info@ifakdata.ch / www.ifakdata.ch