

## Anmeldeformular «ISO 9001 QMS Pharma»

Anmeldung ab 01.07.2024 -> Einstieg in die Zertifizierungswelle 2025, Beginn 01.04.2025

### Angaben zur Apotheke:

<b>Name der Apotheke:</b>	<b>Softwarehaus und Version:</b>
<b>Strasse, Nr. :</b>	<b>Verwalter/Verwalterin:</b>
<b>PLZ, Ort:</b>	<b>GLN-Nummer der Apotheke:</b>
<b>Korrespondenzsprache:</b> <input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> Französisch	<b>SAV-Nummer der Apotheke:</b>
<b>E- Mail- Adresse der Apotheke</b>	<b>ZSR-Nummer der Apotheke:</b>
<b>E- Mail-Adresse für QMS-Dokumente</b> (falls abweichend zur E-Mail-Adresse der Apotheke):	<b>Zugehörigkeit Gruppierung / Kette:</b>
	<b>Telefonnummer:</b>

### Preis für die Apotheken:

Bitte wählen Sie Ihre gewünschte Vertragsdauer (3 oder 6 Jahre):

#### Vertragsabschluss für 3 Jahre

Vertragsdatum  $\geq$  1. Juli 2024: **CHF 3'780.-\* für 3 Zertifizierungswellen** (ab 1.4.2025 – 31.3.2028\*\*\*)

#### Vertragsabschluss für 6 Jahre

Vertragsdatum  $\geq$  1. Juli 2024: **CHF 7'320.-\*\* für 6 Zertifizierungswellen** (ab 1.4.2025 – 31.3.2031\*\*\*)

\*Die Fakturierung erfolgt in 3 Raten à je CHF 1'260.-/Jahr

\*\*Die Fakturierung erfolgt in 6 Raten à je CHF 1'220.-/Jahr

\*\*\*plus Pauschalgebühr von CHF 400.- bei einem Eintritt bis und mit 31.12.2024, für die Eröffnung der Logins und die Zustellung des Handbuchs, siehe AVB

Alle Preisangaben exkl. MwSt.

### Option myQMS (elektronisches Dokumentenmanagement):

Ich kenne myQMS noch nicht und bin interessiert. Bitte stellen Sie mir Informationen zu.

Hiermit bestätige ich/wir die Richtigkeit unserer Angaben und die im Anhang beigelegten **Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB)** des ISO 9001 QMS Pharma gelesen und verstanden zu haben. Mit meiner/unserer Unterschrift akzeptiere/n ich/wir die AVB als integralen Vertragsbestandteil. Des Weiteren erkläre ich/wir mich/uns damit einverstanden, dass IFAK DATA den Namen der zertifizierten Apotheken in den eigenen Medien (print und elektronisch) veröffentlichen darf.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum,  
Unterschrift verantwortlicher Apotheker

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum,  
Rechtsgültige Unterschrift für die Apotheke

Das vollständig ausgefüllte und original unterzeichnete Formular ist zu senden an: