

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

Inscription à partir du 01.07.2024 -> Entrée dans la vague de certification 2025, à partir du 01.04.2025

### Coordonnées de la pharmacie:

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

### Prix pour les pharmacies :

Veillez sélectionner la durée de contrat souhaitée (3 ou 6 ans) :

**Conclusion de contrat de 3 ans**

Date du contrat ≥ 1. Juillet 2024 : **CHF 3'780.-\* pour 3 ans** (à partir du 1.4.2025 - 31.3.2028\*\*\*)

**Conclusion de contrat de 6 ans**

Date du contrat ≥ 1. Juillet 2024 : **CHF 7'320.-\*\* pour 6 années** (à partir du 1.4.2025 – 31.3.2031\*\*\*)

\*Facturation annuelle, en 3 tranches de CHF 1'260. -/an

\*\*Facturation annuelle, en 6 tranches de CHF 1'220.-/an

\*\*\* plus taxe forfaitaire de 400 CHF pour l'année 2024 voir CCG.

Tous les prix s'entendent hors TVA.

### 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 jointes en annexe. Par ma/notre signature, j'accepte/nous acceptons **les CCG** 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 :