

Formulaire d'inscription

A retourner par e-mail, télécopie ou voie postale. Merci beaucoup.

Chère cliente, cher client

En tant que pharmacie de vente par correspondance, nous sommes contraints de garantir l'autorisation de prescrire et d'achat de nos clients avant que nous pouvons effectuer leurs ordonnances.

Nous vous remercions à l'avance de bien vouloir remplir ce formulaire et vous prions de nous le retourner par voie postale.

Nom:	Cabinet/Firme:
Prénom:	Tél:
Date de naissance:	Fax:
Adresse:	Courriel:
C.P./Localité:	

- Je suis en possession d'une autorisation cantonale pour exercer ma profession. Je joins le document correspondant
- Dans mon canton l'autorisation d'exercer la profession n'est pas obligatoire.
- Je confirme par la présente à avoir une connaissance suffisante de la phytothérapie MTC.

En cas de modification du site de pratique et le commencement ou la cessation des lieux de pratique, je vais immédiatement notifiée.

Nous tenons à souligner que la loi sur les produits thérapeutiques nécessite une prescription d'un médecin pour la vente par correspondance de produits thérapeutiques.

Pour répondre à cette exigence, votre prescription serait vérifiée par un praticien de médecine traditionnelle chinoise et formellement transformé comme prescription médicale.

Cependant, cette méthode ne convient pas pour les patients souffrent de maladies chroniques et d'intolérances spécifiques. Les patients souffrent de maladies chroniques et d'intolérances spécifiques doivent être envoyés à un médecin.

J'ai pris connaissance du contenu de ce formulaire et rempli le formulaire de façon complète et conforme.

Date: Lieu: Signature: