



ENREGISTREMENT POUR LES PHARMACIES EUROPÉENNES

Une fois que la pharmacie a complété et signé ce formulaire, merci de nous le retourner à l'adresse ci-dessus par poste, email ou fax (+41 22 310 40 11).

Référence de paiement

Oui, je souhaite participer au tiers payant Risk

Bénéficiaire

Société

Adresse

NPA, lieu

Coordonnées bancaires

BANQUE

NPA, Lieu

N° compte

Clearing

IBAN

ou

COMPTE POSTAL

Timbre et signature

Lieu et date _____ Signature: