

zur Rose

Modulo d'ordine



promo code:
ANY02E

* Campi obbligatori



I suoi dati personali

Signora Signor

Lingua: Italiano Francese Tedesco

Data di nascita*

Nome* / Cognome*

Via* / N.*

NPA* / Località*

Telefono o cellulare*

E-mail*

Altezza (cm)*

Peso (kg)*

Partecipi al programma Cumulus. N. Cumulus:

2	0	9	9												
---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



Assicurazione malattia

Assicurazione di base*

N. ass.*

Assicurazione complementare

N. ass.



Consegna dei farmaci

La sua ricetta genera in automatico un ordine per tutti i farmaci elencati. Se non lo desidera, la preghiamo di indicare con una crocetta l'opzione appropriata:

Non consegnare farmaci per il momento. Registrare solo la ricetta e acquistare i farmaci in un secondo momento.

Consegnare solo i seguenti farmaci: _____



Se possibile sostituiremo il farmaco originale prescritto con un **generico** più conveniente. No, non sono d'accordo.



Accetto che mi sia consegnato un **farmaco sostitutivo** corrispondente nel caso in cui il mio farmaco non sia temporaneamente disponibile.* Sì No

Domande sul suo stato di salute

Affinché il nostro team di farmacisti possa garantirle la massima sicurezza in relazione ai suoi farmaci, la preghiamo di rispondere alle seguenti domande. Apponendo la sua firma, conferma la correttezza delle informazioni indicate. La sua assicurazione malattia non ha accesso ai suoi dati.

1. Soffre di una delle seguenti patologie?*

Diabete Ipertensione Disturbi della coagulazione

Asma bronchiale Malattie cardiovascolari Malattie epatiche

Malattie renali Altro: _____

Nessuna

2. Quali altri farmaci (soggetti e non soggetti a prescrizione) assume?*

Nome, potenza, posologia, ad es. Aspirina Cardio 100, 1 x 1 compressa

3. Soffre di allergie o intolleranze?*

No Sì, quali:

4. È in stato di gravidanza? (solo per le donne)*

No Sì, la data prevista per il parto è: _____

Sta allattando? No Sì

Dopo aver ricevuto il modulo compilato, apriremo per lei il suo conto cliente digitale personale. Per l'attivazione riceverà un link tramite e-mail.

No, non desidero avere alcun conto cliente digitale.

Con la mia firma confermo di aver letto e di accettare le condizioni generali di Zur Rose Suisse SA nella loro versione attuale. Acconsento inoltre al trattamento dei miei dati personali nel rispetto della legge svizzera sulla protezione dei dati. Le condizioni generali sono disponibili su zurrose.ch/cg.

¹Per la sua prima ricetta ripetibile riceverà una carta regalo Migros del valore di CHF 30.-. Sono escluse le ricette per contraccettivi e stimolanti per l'erezione. Offerta valida solo per ordini effettuati presso la farmacia online Zur Rose (zurrose.ch) e in combinazione con un promo code valido. Non cumulabile con altre promozioni. La carta regalo Migros viene inviata separatamente per posta. La presente offerta è valida fino al 31.12.2026.

Data* _____ Firma* _____

! Spedisca questo modulo insieme alla sua ricetta originale a:

Zur Rose Suisse SA, Settore farmacia online, casella postale 117, 8501 Frauenfeld