

Formulaire de commande



* Champs obligatoires



Vos données personnelles

☐ Madame ☐ Monsieur

Langue: ☐ Allemand ☐ Français ☐ Italien

Date de naissance*

Prénom* / Nom*

Rue* / N°*

Complément d'adresse

NPA* / Localité*

Téléphone / Mobile*

E-mail*

Taille (cm)*

Poids (kg)*



Adresse de livraison

☐ occasionnelle

☐ permanente

Prénom / Nom

Rue / N°

NPA / Localité



Assurance-maladie

Assurance de base*

N° d'ass.*

N° de carte*

Assurance complémentaire

N° d'ass.

N° de carte



J'accepte de recevoir un générique plus avantageux à la place de l'original.*

☐ Oui ☐ Non

** Carte cadeau Migros d'une valeur de CHF 30.- pour votre première ordonnance renouvelable. Les ordonnances pour les moyens de contraception et les médicaments contre les troubles de l'érection sont exclues. Uniquement valable pour les commandes dans la pharmacie en ligne Zur Rose www.zurrose.ch. Non cumulable avec d'autres actions ou promotions. Vous recevrez la carte-cadeau Migros par courrier séparé. Offre valable jusqu'au 31.12.2023.

Questionnaire de santé

Afin que notre équipe pharmaceutique puisse vous garantir une sécurité optimale lors de la prise de vos médicaments, veuillez répondre honnêtement à ces questions relatives à votre santé. Par votre signature, vous confirmez leur exactitude. Votre assurance-maladie n'a pas accès à ces données.



05Y01E

1. Souffrez-vous de l'une des affections suivantes?*

☐ Diabète ☐ Hypertension ☐ Troubles de la coagulation

☐ Asthme bronchique ☐ Affections cardiovasculaires ☐ Affections hépatiques

☐ Affections rénales ☐ Autres maladies: _____

☐ Aucune

2. Quels autres médicaments (avec ou sans ordonnance) prenez-vous?*

(nom, dosage, posologie p. ex. Aspirine Cardio 100, 1 x 1 cpr.)

3. Souffrez-vous d'intolérances ou d'allergies?*

☐ Non

☐ Oui, à savoir:

4. Êtes-vous enceinte? (à compléter uniquement par les femmes*)

☐ Non

☐ Oui, date de naissance prévue: _____

Allaitez-vous? ☐ Non ☐ Oui

Après réception du formulaire rempli, nous vous créerons un compte client numérique. Pour l'activer, vous recevrez un lien à usage unique par e-mail.

☐ Non, je ne souhaite pas de compte client numérique.

Par ma signature, j'accepte les conditions générales de Zur Rose dans leur version actuelle et je donne mon accord pour le traitement de mes données dans le cadre de la loi suisse sur la protection des données. Nos conditions générales de vente sont disponibles sur zurrose.ch/fr/cgv.

Date* _____ Signature* _____



Retournez ce formulaire avec l'original de votre ordonnance à l'adresse suivante: Zur Rose Suisse SA, Pharmacie en ligne, Case postale 117, 8501 Frauenfeld

Imprimer



GAS/ECR/ICR

nicht frankieren
ne pas affranchir
non affrancare

50178842
000002

A

DIE POST



Zur Rose Suisse AG
Bereich Online-Apotheke
Postfach 117
8501 Frauenfeld

Note

Lorsqu' une nouvelle recette arrive, notez qu' un ordre est **automatiquement** déclenché.

Si vous ne le souhaitez **pas**, veuillez le **noter** ou demandez à votre médecin de le noter sur l'ordonnance.