

Formulaire de commande pour médicaments

Les champs marqués d'une* doivent obligatoirement être remplis.



41Y18B



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* _____

Stature (cm)* _____ Poids (kg)* _____



Adresse de livraison occasionnelle permanente

Prénom / Nom _____

Rue / N° _____

NPA / Localité _____



Assurance-maladie

Assurance de base* _____

N° d'ass.* _____

N° carte ass.* _____

Assurance compl. _____

N° d'ass. _____

N° carte ass. _____

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

Oui Non

** Carte cadeau Migros d'une valeur de CHF 50.- 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 dans un courrier séparé. Offre valable jusqu'au 31.03.2023.

4 Informations relatives à votre santé

Veillez répondre aux questions sur votre état de santé de manière conforme à la vérité afin que nous puissions vous offrir une sécurité optimale en liaison avec votre médication.

Merci de confirmer par votre signature l'exactitude des informations. Il s'agit là d'une condition impérative pour que nous puissions traiter votre commande.

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

Diabète Hypertension Troubles de la coagulation
 Asthme bronchique Affections cardio-vasculaires Affections hépatiques
 Affections rénales Autres maladies : _____
_____ Aucune

2. Quels médicaments consommez-vous (avec ou sans ordonnance) en plus de ceux qui sont indiqués sur l'ordonnance?*

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

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

Non Oui:

4. Êtes-vous enceinte?*

(à compléter uniquement par les femmes)
 Non Oui, date de naissance prévue : _____

Allaitiez-vous? Oui Non

Une fois que nous aurons reçu le formulaire dûment rempli, nous créerons votre propre compte client numérique. Konto. Pour l'activer, vous recevrez une seule fois un lien d'activation par e-mail.

Non, je ne souhaite pas recevoir de lien d'activation par e-mail pour mon compte client personnel.

Souhaitez-vous qu'à l'avenir et dans la mesure du possible votre médecin transfère directement à la pharmacie Zur Rose les ordonnances médicales?* Oui Non

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

DIE POST

A



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.