



Demande d'adhésion à :
pharmaGenève
Esplanade de Pont-Rouge 4 c/o Regus
1212 Grand-Lancy
e-mail : info@pharmageneve.swiss

Je souhaite adhérer à pharmaGenève, comme :

- Propriétaire d'officine (*personne morale ou physique*) Nbre de pharmacies : .
- Pharmacien-ne diplômé-e en activité
 - Diplôme fédéral
 - Diplôme cantonal
 - Diplôme étrangerObtenu le à
- (joindre copie du diplôme de pharmacien-ne)*
- Pharmacien assistant
(joindre une copie de l'attestation de pharmacien assistant)
- Etudiant-e en année de pharmacie
(joindre une copie de la carte d'étudiant-e – cotisation offerte jusqu'à obtention du diplôme universitaire)
- Autre (années de pharmacie)

Etes-vous déjà membre de pharmaSuisse ?

- Oui (joindre copie de la carte de membre avec no FPH)
- Non
- En cours (joindre une copie de la lettre de candidature)



Données personnelles :

Madame Monsieur

Nom :

Prénom :

Adresse :

NP et ville :

Date de naissance :

No de tél./portable :

e-mail :

Nom de la pharmacie employeur :

Adresse :

NP et ville :

No de téléphone :

Depuis quand :

Pour les propriétaires :

Nom pharmacie :

Adresse pharmacie :

NP et Ville :

e-mail :

Nom pharmacie :

Adresse pharmacie :

NP et Ville :

e-mail :

La cotisation annuelle comme membre de l'association est de CHF 200.--

Lieu, date et signature :

.....