



Formulaire de commande

Vos coordonnées

*Merci de compléter impérativement les champs obligatoires.

Cliente/client

Civilité*:	Madame	Monsieur	Langue:	D	F	I
Prénom* / Nom*:						Date de naissance*:
Rue* / N°*:						NPA* / Lieu*:
Téléphone*:						Mobile:
E-mail:						Newsletter: Oui Non
Taille (cm)*:						Poids (kg)*:

Adresse de livraison

occasionnelle permanente

Prénom / Nom:						
Rue:						NPA / Lieu:

Assurance-maladie

Assurance de base*:	N° d'ass.*:	N° carte ass.*:
Assurance complémentaire*:	N° d'ass.*:	N° carte ass.*:

J'accepte qu'un générique plus avantageux me soit livré en lieu et place du médicament original*:

Oui Non

Informations relatives à votre santé

Veuillez 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.**

Souffrez-vous de l'une des maladies suivantes?*

Diabète	Hypertension artérielle	Troubles de la coagulation
Asthme bronchique	Maladies cardiovasculaires	Maladies hépatiques
Insuffisance rénale	Autres maladies: _____	

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, 1x1 cpr.)

Souffrez-vous d'allergies ou d'intolérances?* Si oui, lesquelles? Non

Questions sur la grossesse et l'allaitement (à compléter uniquement par les femmes)*

Êtes-vous enceinte? Oui Non Si «Oui», date de naissance prévue _____

Allaitiez-vous? Oui Non

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

Date* Signature*

Ces données seront exclusivement utilisées dans le cadre des relations commerciales avec Zur Rose Suisse SA et sont soumises aux [dispositions légales sur la protection des données](#). Vous pouvez consulter nos conditions générales sur zurrose.ch/fr/cgv

Retournez ce formulaire avec l'original de votre ordonnance à l'adresse suivante:

Zur Rose Suisse SA, Pharma à domicile, Case postale 117, 8501 Frauenfeld

*Envoyez-nous votre ordonnance accompagnée du formulaire de commande dûment complété, et, en qualité de nouveau client, vous recevrez une carte cadeau Migros: 50 francs pour votre première ordonnance permanente ou 10 francs pour votre première ordonnance unique. Les ordonnances pour les moyens de contraception et les médicaments contre les troubles de l'érection sont exclues. **Offre valable jusqu'au 31.03.2019.**



10M418