

# 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](http://www.zurrose.ch). Non cumulable avec d'autres actions ou promotions. Vous recevrez la carte-cadeau Migros par courrier séparé. Offre valable jusqu'au 31.12.2025.

## 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.



47Y01E

### 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](http://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.