MEDI SERVICE

Votre pharmacie spécialisée

Testez-nous!

Envoyer son ordonnance...
Recevoir ses médicamentspar la poste...
et économiser.

CHF 0.– de taxes et frais

CHF 0.– de frais d'envoi

Au moins 5 % de rabais pour les nouveaux clients

Au moins 5 % de rabais sur les génériques

Envoyez l'ordonnance originale de votre médecin avec cette fiche réponse à

MediService SA, Ausserfeldweg 1, 4528 Zuchwil.

Vos médicaments vous seront envoyés par la poste en toute simplicité sous deux ou trois jours.

Notre service clientèle se tient à votre disposition au **numéro de téléphone gratuit 0800 817 827.**

10PDS0016F_b

Carte d'accompagnement

Veuillez remplir ce formulaire et cocher la case qui convient:

☐ Mme ☐ M _____ Langue: ☐ F ☐ A ☐ I

Date de naissance

Nom _____ Prénom _____

Rue/N° _____ NPA/Localité _____

Téléphone privé _____ Téléphone professionnel _____

Téléphone portable _____ Fax _____

Adresse e-Mail _____

☐ Je commande mes médicaments selon la/les ordonnance(s) ci-jointe(s).

☐ Dans un premier temps, je souhaite des informations supplémentaires.
Veuillez me contacter par téléphone.
Le meilleur moment pour m'appeler est _____ heures.

Délai de livraison: (en jours ouvrables après réception de l'ordonnance - sauf sa/di/jours fériés)

☐ 2 à 3 jours ☐ 4 à 7 jours Livraison ultérieure: _____

Jour Mois Annés

☐ **Adresse de Livraison:** (si différente) ☐ exceptionnelle ☐ régulière

Assurances: (renseignez les rubriques ou joignez une copie de votre carte d'assuré)

Assurance de base _____ Numéro d'assuré _____

Assurance complémentaire _____ Numéro d'assuré _____

Questionnaire de santé

Vos réponses sont facultatives. Toutes les informations fournies sont soumises à la protection des données.

Votre taille _____ cm Votre poids actuel _____ kg

Souffrez-vous de l'une des affections suivantes?

☐ Maladie de la glande thyroïde ☐ Diabète

☐ Hypertension intra-oculaire ☐ Troubles cardiovasculaires

☐ Asthme ☐ Rhumatismes

☐ Hypertension ☐ Maladie de l'estomac/de l'intestin

☐ Autres: _____

Souffrez-vous d'intolérance ou d'allergie aux substances suivantes?

☐ Pénicilline ☐ Sulfamidés ☐ Aspirine

☐ Autres: _____

Prenez-vous d'autres médicaments que ceux qui vous ont été prescrits?

_____

_____

Etes-vous enceinte? ☐ Oui ☐ Non

Si «oui», date prévue pour l'accouchement: _____

Allaitez-vous? ☐ Oui ☐ Non

Date _____ Signature _____