

Anmeldeformular «ISO 9001 QMS Pharma» für Process-one Nutzer

Eine Anmeldung ist jederzeit möglich. Der offizielle Start erfolgt jeweils auf die nächstmögliche Zertifizierungswelle. Bitte wählen Sie Ihr gewünschtes Startdatum:

offizieller Start in **Zertifizierungswelle 2024** (1.4.2024 – 31.3.2027)
Aufschaltungen erfolgen sofort nach der Anmeldung.

offizieller Start in **Zertifizierungswelle 2025** (1.4.2025 – 31.3.2028)
Aufschaltungen erfolgen ab 1.7.2024

Angaben zur Apotheke:

Name der Apotheke:	Softwarehaus und Version:
Strasse, Nr.:	Qualitätsverantwortliche Person:
PLZ, Ort:	Funktion der qualitätsverantwortlichen Person:
Korrespondenzsprache: <input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> Französisch	GLN-Nummer der Apotheke:
E- Mail- Adresse der Apotheke	SAV-Nummer der Apotheke:
E-Mail-Adresse für QMS-Dokumente (falls abweichend zur E- Mail Adresse der Apotheke):	ZSR-Nummer der Apotheke:
Telefonnummer:	Zugehörigkeit Gruppierung / Kette:

Preis für die Apotheken:

Bitte wählen Sie Ihre gewünschte Vertragsdauer (3 oder 6 Jahre):

Vertragsabschluss für 3 Jahre

Zertifizierungswelle 2024: **CHF 3'780.-* für 3 Jahre** (2024, 2025 und 2026^{***})

Zertifizierungswelle 2025: **CHF 3'780.-* für 3 Jahre** (2025, 2026 und 2027^{***})

Vertragsabschluss für 6 Jahre

Zertifizierungswelle 2024: **CHF 7'320.-** für 6 Jahre** (2024 – 2026 und 2027 - 2029^{***})

Zertifizierungswelle 2025: **CHF 7'320.-** für 6 Jahre** (2025 – 2027 und 2028 - 2030^{***})

* Die Fakturierung erfolgt in 3 Raten à je CHF 1'260.-/Jahr.

** Die Fakturierung erfolgt in 6 Raten à je CHF 1'220.-/ Jahr.

***Die Periode bis zum offiziellen Start wird üblicherweise pro Rata in Rechnung gestellt. Für Process-one Kunden sind diese Kosten offeriert.

Alle Preisangaben exkl. MwSt.

Option myQMS (elektronisches Dokumentenmanagement):

ich kenne myQMS noch nicht und bin interessiert. Bitte stellen Sie mir Informationen zu.

Hiermit bestätige ich/wir die Richtigkeit unserer Angaben und die im Anhang beigelegten **Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB)** des ISO 9001 QMS Pharma (Version 4.0) gelesen und verstanden zu haben. Mit meiner/unserer Unterschrift akzeptiere/n ich/wir die AVB (Version 4.0) als integralen Vertragsbestandteil. Des Weiteren erkläre ich/wir mich/uns damit einverstanden, dass IFAK DATA den Namen der zertifizierten Apotheken in den eigenen Medien (print und elektronisch) veröffentlichen darf.

Ort, Datum,
Unterschrift verantwortlicher Apotheker

Ort, Datum,
Rechtsgültige Unterschrift für die Apotheke

Das vollständig ausgefüllte und original unterzeichnete Formular ist zu senden an:
IFAK DATA AG, Postfach 6045, Bözingenstrasse 162, 2500 Biel/Bienne 6