

Modulo di registrazione

Vi preghiamo di restituirci questo modulo via e-mail, fax o posta; grazie in anticipo.

Grazie per l'interesse dimostrato nei confronti della collaborazione con Complemedis SA. Il successo di tale collaborazione presuppone obblighi di Due Diligence definiti dalla legislazione federale e cantonale. Sulla base di questi, al momento della registrazione dei contratti, Complemedis SA deve assicurarsi adeguatamente che i suoi partner di cooperazione dispongano delle conoscenze MTC/MTE richieste dalla legge e/o che siano autorizzati in qualsiasi altro modo a proporre raccomandazioni terapeutiche. La valutazione delle suddette attività svolte dai partner cooperanti da parte di Complemedis SA si basa esclusivamente sulle informazioni da essi fornite. Per questo motivo vi invitiamo a rispondere in buona fede alle domande poste di seguito nel modulo, che vi chiediamo di restituirci debitamente compilato.*

A Gruppo professionale dei medici

(Persone soggette alla legge federale sulle professioni mediche universitarie, LPMed / RS 811.11). Selezionare la casella pertinente:

- Sono iscritto al registro delle professioni mediche MedReg.
- Lavoro in un cantone che autorizza la prescrizione autonoma di ricette farmacologiche da parte di medici e ho l'autorizzazione a gestire una farmacia in studio, che non esclude la dispensazione di rimedi della MTC.

B Gruppo professionale terapeuti

(Persone soggette alla legge federale sugli agenti terapeutici, LATer, RS 812.21, nonché ai requisiti del diritto cantonale). Si prega di selezionare le caselle pertinenti (sono possibili diverse opzioni):

- Dispongo di un'autorizzazione cantonale per esercitare la mia professione. Allego il documento relativo.
- Il mio cantone non richiede l'autorizzazione per esercitare la mia professione.
- Le mie conoscenze MTC/MTE si basano su un diploma federale. Allego il documento relativo.

Da compilare da parte di tutti i gruppi professionali

- Dichiaro formalmente di conoscere e rispettare i principi della MTC/MTE e della fitoterapia MTC/MTE e di avere sufficiente esperienza per poter soddisfare adeguatamente, durante il loro esercizio, gli obblighi di diligenza professionale che mi sono imposti dalla legge. Informerò immediatamente Complemedis SA di eventuali cambiamenti significativi (status professionale, ubicazione dello studio, aggiunta di nuovi studi o chiusura di studi esistenti).

Cognome:

Studio / Azienda:

Nome:

Tel.:

Data di nascita:

Fax:

Indirizzo dello studio:

E-mail:

NPA / Località:

IBAN dello studio:

- Sarei felice di iscrivermi alla newsletter.

Data: Luogo: Firma:

*La veridicità della presente dichiarazione può essere verificata da Complemedis.