

Formulaire d'inscription à la liste des pharmaciens du site www.regena.ch

- ☐ **Oui**, je désire entrer dans le pool des pharmaciens REGENA expérimentés. Je suis d'accord pour que l'on publie mes coordonnées ci-dessous et j'assure que mes données sont conformes à la vérité.

Je suis :

☐ Pharmacien ☐ droguiste et ☐ Thérapeute

J'ai suivi le(s) séminaire(s) REGENA pour pharmaciens suivant(s) (Date et lieu)

Remplissez les colonnes ou corrigez et complétez les données suivantes :

Nom	
Prénom	
Profession / Titre	
Rue et numéro	
Code postal	
Ville	
Téléphone fixe et/ou mobile	
Fax	
Adresse E-mail	
Site web	

Quel est votre niveau d'expertise actuelle ? (remplissez absolument cette case)

(Pour faire partie des pharmaciens référencés dans la liste de notre site web, il est nécessaire d'avoir minimum **2 années de pratique** avec la Thérapie REGENA)

Expérience pratique avec REGENA depuis _____ (par exemple : 1997)

- ☐ Je suis très expérimenté avec la Thérapie REGENA
☐ J'ai une bonne expérience de la Thérapie REGENA

Nous vous prions de nous informer par écrit si vos données **ont changé** ou si vous désirez **être rayé** de notre liste de pharmaciens/drogistes.

Date, lieu

Signature

Envoyez par la poste à REGENA AG (Poststrasse 32-36, 8274 Tägerwilten, Suisse) ou par fax (071- 414 17 50) ou en tant que document scanné à l'adresse email : info@regena.ch