

Bitte füllen Sie dieses Formular aus und senden Sie es unterschrieben dem Betreiber der Plattform zur Publikation der Arzneimittelinformationen:

*Veillez compléter le présent formulaire et l'envoyer signé au gestionnaire de la plate-forme de publication des textes d'information sur les médicaments:*

Per Post	HCI Solutions AG	oder per Fax	058 851 27 10
<i>Par la poste</i>	Untermattweg 8	<i>ou par fax</i>	
	3027 Bern 9		

Zum Erhalt des Logins zur Publikationsplattform der Arzneimittelinformationen müssen Sie Ihre Firma bei uns registrieren lassen und zwei Mitarbeitende anmelden. Diese werden als sogenannte Service Administratoren mit der Verwaltung Ihres spezifischen Zugangs zur Plattform beauftragt und erstellen u.a. die Zugriffskonten für weitere firmeninterne Mitarbeitende.

*Pour pouvoir vous connecter à la plate-forme de publication des textes d'information sur les médicaments, vous devez enregistrer votre entreprise auprès de nos services et inscrire deux collaborateurs. En tant qu'administrateurs du service, ces derniers seront chargés de gérer votre accès spécifique à la plate-forme et pourront également créer entre autres des comptes d'accès pour d'autres collaborateurs de votre entreprise.*

Weitere Informationen folgen nach der Registrierung per E-Mail.

*Vous recevrez de plus amples informations à ce sujet après votre enregistrement par courriel.*

Für die Registrierung benötigen wir die mit „\*“ gekennzeichneten Informationen.

*Pour enregistrer votre entreprise, vous devez obligatoirement compléter les champs pourvus d'un astérisque (« \* »).*

**Administrator / Administrateur 1**

**Administrator / Administrateur 2**

* Anrede	<input type="checkbox"/> Frau / Madame	<input type="checkbox"/> Frau / Madame
* <i>Formule d'appel</i>	<input type="checkbox"/> Herr / Monsieur	<input type="checkbox"/> Herr / Monsieur
Titel	.....	.....
<i>Titre</i>	.....	.....
* Name	.....	.....
* <i>Nom</i>	.....	.....
* Vorname	.....	.....
* <i>Prénom</i>	.....	.....
Funktion	.....	.....
<i>Fonction</i>	.....	.....
* Email Geschäft	.....	.....
* <i>Courriel professionnel</i>	.....	.....
* Tel. direkt	.....	.....
* <i>Tél. (ligne directe)</i>	.....	.....
* Geb. Datum	.....	.....
* <i>Date de naissance</i>	.....	.....
Sprache / Langue	<input type="checkbox"/> DE <input type="checkbox"/> FR <input type="checkbox"/> IT	<input type="checkbox"/> DE <input type="checkbox"/> FR <input type="checkbox"/> IT
* Firmenadresse und Firmenstempel /		
* <i>Adresse et timbre de l'entreprise</i>		
* Datum / Date	.....	.....
* Unterschrift / Signature	.....	.....