

Dossier de candidature
« Dans cette pharmacie, on innove »
(Aménagement, produit, service, e-health,...)

Prix de l'innovation 2018-2019

❖ **Décrivez en quelques lignes votre projet :**

❖ **En quoi votre projet est-il innovant et comment l'idée vous est-elle venue ?**

❖ **Depuis quelle date avez-vous mis cette innovation en place? _____**

Entre cette date et aujourd'hui, avez-vous procédé à des modifications? oui non
Si oui lesquelles et pour quelle(s) raison (s) ?

❖ **Avez-vous communiqué cette innovation? oui non**

Si oui, comment ?

avec des affichettes au comptoir, de vive voix réseaux sociaux site internet
 presse autres _____

❖ **Quelles ont été les réactions de vos clients ?**

❖ **Quel est le % de clients concernés par cette innovation ? _____**

❖ **Quel est le % de clients concernés qui l'utilisent ? _____**

❖ **Dans quelle mesure cette innovation a-t-elle fidélisé vos clients et de quelle manière l'observez-vous ?**

- ❖ **Avez-vous associé votre équipe à la réflexion et/ou à la mise en œuvre de ce projet ?** oui non

Si oui, de quelle manière ?

- ❖ **A qui avez-vous confié la mise en œuvre de l'innovation ?**

apprenti(e) assistant(e) pharmacien(ne) autres : _____

- ❖ **Pensez-vous que cette innovation a un impact sur vos employés (organisation du travail, bien-être, fierté, autre) ?** oui non

Si oui, décrivez :

- ❖ **Quel est l'avantage de ce qui a été mis en place ?** (plusieurs réponses possibles)

- ❖ **Quel est l'inconvénient de ce qui a été mis en place ?** (plusieurs réponses possibles)

- ❖ **Avez-vous envisagé de développer/diversifier votre innovation dans le futur ?**

oui non

Si oui, de quelle manière ?

Le jury se réjouit de parcourir votre dossier.

Merci d'y joindre tous les documents permettant au jury d'évaluer le caractère innovant de votre projet (articles de presse, témoignages, sondages, statistiques internes, chiffre d'affaires, enquête de satisfaction, photos).

Le jury vous contactera si besoin afin d'organiser une présentation, dans votre officine.

Nom et adresse de la pharmacie : _____

Personne de contact : _____

Téléphone et email : _____

**Merci de l'envoyer d'ici au 30 juin 2018 au secrétariat
SVPh – CP 1215 – 1001 Lausanne**