

Für inländische Apotheken:

An den

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Landesvertretung _____

Referat Ambulante Versorgung

Straße Nr. _____

PLZ Ort _____

Für ausländische Apotheken:

An den

Verband der Ersatzkassen e. v. (vdek)

Abt. Ambulante Versorgung

Referat Arzneimittel

Askanischer Platz 1

10963 Berlin

Beitrittserklärung zum Arzneiversorgungsvertrag ab 01.05.2024

Vorname: _____

Nachname: _____

Ich erkläre als Eigentümer*in / Pächter*in / Geschäftsführer*in/ Verwalter*in der
(Unzutreffendes bitte streichen)

Name der Apotheke: _____

Anschrift der Apotheke

Straße und Nr.: _____

PLZ: _____

Ort: _____

Land: _____

Institutionskennzeichen: _____

sowie der Filialapotheke(n):

1. Apothekenname: _____

in _____

(PLZ, Ort, Land)

IK: _____

2. Apothekenname: _____

in _____
(PLZ, Ort, Land)

IK: _____

3. Apothekenname: _____

in _____
(PLZ, Ort, Land)

IK: _____

dass ich

den am 01.05.2024 in Kraft getretenen Arzneiversorgungsvertrag zwischen dem vdek und dem DAV nach § 2 Absatz 3 des Vertrages

einschließlich der Anlagen, Nachträge und Protokollnotizen in der jeweils gültigen Fassung gegen mich gelten lasse.

Ich gehöre keinem Landesapothekerverband als Mitglied an und bin dem Rahmenvertrag nach § 129 SGB V beigetreten.

Ich bestätige die durchgeführte Meldung zum Apothekerverzeichnis nach § 293 Absatz 5 Satz 1 SGB V gegenüber dem DAV.

(Erläuterung: Die oben genannten IK sind bei der Meldung an den DAV anzugeben.)

Datum und Ort

Stempel und Unterschrift

Mitgliedskassen des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek):

Techniker Krankenkasse

BARMER

DAK – Gesundheit

Kaufmännische Krankenkasse (KKH)

Handelskrankenkasse (hkk)

HEK – Hanseatische Krankenkasse