

Beitrittserklärung für AOKen

Rücksendung an:

**Landesapothekerverband Baden-Württemberg e.V.
Hölderlinstraße 12
70174 Stuttgart**

**Fax-Nr.: 0711/22334-97
oder per E-Mail an recht@apotheker.de**

Beitrittserklärung

zu der zwischen

dem Landesapothekerverband Baden-Württemberg e.V.
und
der AOK Baden-Württemberg

geschlossenen

Vereinbarung über die Durchführung und Abrechnung von Gripeschutzimpfungen für einen
erweiterten

Versichertenkreis außerhalb der Vorgaben der Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL)
durch Apotheken nach § 132e Absatz 1a SGB V in Verbindung mit § 20i Absatz 2 SGB V

Die unterzeichnende AOK

Name: _____

Anschrift: _____

PLZ und Ort: _____

IK Nummer/n des Kostenträgers: _____

Vorstand: _____

ist umfassend über die Ziele und Inhalte des oben genannten Vertrages informiert. Der Vertragstext liegt dem unterzeichnenden Kostenträger vor. Er nimmt auf der Grundlage dieser Beitrittserklärung am Vertrag teil. Ferner verpflichtet er sich zur Einhaltung und Umsetzung der Regelungen aus der oben genannten Vereinbarung.

Ort, Datum

Kostenträger, Name, Unterschrift