

Beitrittserklärung für Apotheken

Bitte schicken Sie das ausgefüllte Beitrittsformular

Postalisch an

AOK Baden-Württemberg
Geschäftsbereich 8.08

Abrechnung und Wirtschaftlichkeit

Presselstraße 19, 70191 Stuttgart

oder

per Mail an

pa-arzneimittel@bw.aok.de

Beitrittserklärung zur Vereinbarung über die Regelungen für die Abrechnung des Sichtbezuges in Apotheken

Name, Vorname Inhaber/- in:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

Ansprechpartner /- in:

E-Mail:

Telefon:

Fax:

	Apotheke	PLZ, Ort	Institutions- kennzeichen
Haupt- apotheke			
Filiale(n)			

Erklärung / Allgemeine Beitrittsbedingungen:

Hiermit trete ich als Inhaber/in der oben benannten Apotheke der Vereinbarung über die Abrechnung des Sichtbezuges in Apotheken bei und erkenne alle in der Vereinbarung enthaltenen Rechte und Pflichten an.

Weiterhin erkläre ich, dass ich meinem Beitritt zeitlich nachfolgende zwischen den Vertragsparteien vereinbarte Änderungen dieser Vereinbarung oder ihrer Anlagen gegen mich gelten lasse.

Der Beitritt wird mit Zugang dieses Formulars bei der AOK Baden-Württemberg wirksam. Sie erhalten eine Eingangsbestätigung über die von Ihnen benannte Emailadresse.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Beitretenden