

**Beitrittserklärung zur Teilnahme an dem Arzneilieferungsvertrag für
das Land Hessen**

Als Inhaber/in/Pächter/in/Verwalter/in*) der

Apotheker(in):	
Apotheke:	
IK Nummer:	
Apotheken - Anschrift:	
sowie der/den Filialapotheke(n)	
Filialapotheke(n)name:	
Filialapotheke(n)anschrift:	
Filialapotheke(n)name:	
Filialapotheke(n)anschrift:	
Filialapotheke(n)name:	
Filialapotheke(n)anschrift:	

beantrage ich die Erteilung einer Lieferungsberechtigung gemäß des Rahmenvertrages zu § 129 SGB V zwischen den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenversicherung und dem Deutschen Apothekerverband e. V. in der jeweils gültigen Fassung und den Arzneilieferungsvertrag für das Land Hessen zwischen dem Hessischen Apothekerverband e. V. und den Verbänden der Primärkassen in der jeweils gültigen Fassung, sowie den Arzneilieferungsvertrag zwischen dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. und dem AEV-Arbeiterersatzkassen-Verband e. V. und dem Deutschen Apothekerverband e. V. in der jeweils gültigen Fassung. Sämtliche Anlagen, Erläuterungen, Protokollnotizen, zusätzliche Regelungen sowie etwaige Nachträge zu diesen Verträgen oder deren Neufassungen erkenne ich für die Dauer der Lieferungsberechtigung für mich als verbindlich an und verpflichte mich, die geschlossenen Vereinbarungen zu erfüllen.

Ich gehöre dem Hessischen Apothekerverband e.V. nicht als Mitglied an.

Ort/Datum

Unterschrift/Stempel

**Bitte im Original unter Beifügung einer Kopie der Betriebserlaubnis der Apotheke senden an:
AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen, Abteilung Arzneimittel/Heilmittel, Kölner Str. 8, 65760 Eschborn**

**Bitte in Kopie senden an:
Hessischer Apothekerverband e.V., Strahlenbergerstraße 112, 63067 Offenbach**

*) Nichtzutreffendes bitte streichen.