

Beitrittserklärung

Hiermit erklärt der Inhaber der Apotheke mit den dazugehörigen Filialapotheken

Institutionskennzeichen	Name/Stempel der Apotheke	Name, Vorname Apothekeninhaber
-------------------------	------------------------------	-----------------------------------

Institutionskennzeichen	Name/Stempel der Apotheke
-------------------------	------------------------------

Institutionskennzeichen	Name/Stempel der Apotheke
-------------------------	------------------------------

Institutionskennzeichen	Name/Stempel der Apotheke
-------------------------	------------------------------

seinen Beitritt zu dem zwischen der AOK Sachsen-Anhalt und dem Landesapothekerverband Sachsen-Anhalt e. V. geschlossenen Arzneimittelversorgungsvertrag in der Fassung vom 01.01.2026.

Ort

Datum

Unterschrift

Name in Blockschrift