

Bitte schicken Sie das ausgefüllte Beitrittsformular

per Post an

AOK Baden-Württemberg
Geschäftsbereich 8.08
Abrechnung und Wirtschaftlichkeit
Presselstraße 19
70191 Stuttgart

Beitrittserklärung zum Arzneiliefervertrag-Sprechstundenbedarf (ALV-SSB)

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

E-Mail: _____

Fax: _____

Ich erkläre als Inhaber/-in der

	Apothekenname	PLZ, Ort	Institutions- kennzeichen
Haupt- apothek e			
Filiale(n)			

dass ich dem am 01.04.2015 in Kraft getretenen **Arzneiliefervertrag-Sprechstundenbedarf (ALV-SSB)** zwischen dem LAV Baden-Württemberg und der AOK Baden-Württemberg, dem BKK Landesverband Süd, der IKK classic, der Landwirtschaftlichen Krankenkasse (SVLFG), der Knappschaft und dem vdek einschließlich aller Anlagen, Ergänzungs- oder Zusatzvereinbarungen, Protokollnotizen sowie aller Nachträge bzw. Nachfolgeverträge beitrete.

Ort / Datum

Stempel / Unterschrift des Beitretenden