

Beitrittserklärung für Apotheken

Bitte schicken Sie das ausgefüllte Beitrittsformular

Postalisch an

oder

per Mail an

Partnerabrechnung Arzneimittel

pa-arzneimittel@bw.aok.de

Schorndorfer Straße 32, 71332 Waiblingen

Beitrittserklärung zum Vertrag gemäß § 127 Abs. 2 SGBV über die Versorgung der Versicherten der AOK Baden-Württemberg mit Sonden- und Trinknahrung sowie Verbandmitteln zur enteralen Ernährung

Name, Vorname Inhaber/- in:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

Ansprechpartner /- in:

E-Mail:

Telefon:

Fax:

	Apotheke	PLZ, Ort	Institutionskennzeichen
Hauptapotheke			
Filiale(n)			

Erklärung / Allgemeine Beitrittsbedingungen:

Hiermit trete ich nach § 127 Abs. 2a Satz 1 SGB V als Leistungserbringer dem o. g. Vertrag bei und erkenne alle im Vertrag enthaltenen Rechte und Pflichten an.

Weiterhin erkläre ich, dass ich meinem Beitritt zeitlich nachfolgende zwischen den Vertragsparteien vereinbarte Änderungen dieses Vertrages oder seiner Anlagen gegen mich gelten lasse, soweit ich nicht innerhalb von 4 Wochen nach schriftlicher Bekanntgabe der Vertragsänderungen von meinem Sonderkündigungsrecht nach § 2 Abs. 5 des Vertrages Gebrauch gemacht habe.

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 Leistungserbringers