

Für inländische Apotheken:

An den

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Landesvertretung _____

Referat Ambulante Versorgung

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Für ausländische Apotheken:

An den

Verband der Ersatzkassen e. v. (vdek)

Abt. Ambulante Versorgung

Referat Arzneimittel

Askanischer Platz 1

10963 Berlin

**Beitrittserklärung zum Arzneiversorgungsvertrag ab 01.03.2021
geändert durch
die 1. Ergänzungsvereinbarung zum 01.01.2022 und
die 2. Ergänzungsvereinbarung zum 01.01.2023**

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort, Land: _____

Ich erkläre als Eigentümer / Pächter / Geschäftsführer/ Verwalter* der

*Unzutreffendes bitte streichen

Apothekenname: _____

in _____

IK: _____

(PLZ, Ort, Land)

sowie der Filialapotheke(n):

1. Apothekenname: _____

in _____

IK: _____

(PLZ, Ort, Land)

2. Apothekenname: _____

in _____ IK: _____
(PLZ, Ort, Land)

3. Apothekenname: _____

in _____ IK: _____
(PLZ, Ort, Land)

dass ich

den am 01.01.2023 durch die 2. Ergänzungsvereinbarung geänderten
Arzneiversorgungsvertrag zwischen dem vdek und dem DAV nach § 2 Abs. 3 des
Vertrages

einschließlich der Anlagen, Nachträge und Protokollnotizen in der jeweils gültigen Fassung
gegen mich gelten lasse.

- Ich gehöre keinem Landesapothekerverband als Mitglied an und bin dem
Rahmenvertrag nach § 129 SGB V beigetreten.
- Ich bestätige die durchgeführte Meldung zum Apothekerverzeichnis nach § 293
Absatz 5 Satz 1 SGB V gegenüber dem DAV.
(Erläuterung: Die oben genannten IK sind bei der Meldung an den DAV anzugeben.)

Datum und Ort

Stempel und Unterschrift

Mitgliedskassen des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek):

Techniker Krankenkasse (TK)

BARMER

DAK-Gesundheit

Kaufmännische Krankenkasse – KKH

Handelskrankenkasse (hkk)

HEK – Hanseatische Krankenkasse