

**Beitrittserklärung  
zum Rahmenvertrag nach § 129 Absatz 2 SGB V  
§§ 2a, 2b des Rahmenvertrages**

Name der Apotheke: \_\_\_\_\_

Vor- und Nachname  
des Apothekeninhabers: \_\_\_\_\_

Anschrift der Apotheke  
Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Land: \_\_\_\_\_

Institutionskennzeichen: \_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich den Beitritt zum Rahmenvertrag nach § 129 Absatz 2 SGB V samt der Anlagen und Protokollnotizen.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Ort Datum Unterschrift

**Anmerkung:**

Der Beitritt gilt nach § 2a Absatz 1 Satz 4 nur als wirksam erklärt, wenn die Erklärung mit den vorgenannten Angaben vollständig und vom Apothekeninhaber unterzeichnet abgegeben wurde. Nach §§ 2a, 2b des Rahmenvertrages über die Arzneimittelversorgung nach § 129 Absatz 2 SGB V ist der Beitritt uneingeschränkt und schriftlich gegenüber dem Deutschen Apothekerverband e.V. zu erklären. Beitrittserklärungen müssen neben der Erklärung des Beitritts den Namen der Apotheke, Vor- und Nachname des Apothekeninhabers, Anschrift der Apotheke und Institutionskennzeichen enthalten. Diese Beitrittserklärung ersetzt nicht die Verpflichtung zur Erteilung von Auskünften nach § 2 Absatz 3 Satz 2 des Rahmenvertrages (Meldung für Nichtmitglieder für das Apothekenverzeichnis nach § 293 Absatz 5 SGB V). Zur Vereinfachung kann die Erklärung des Beitritts zum Rahmenvertrag anhand dieses Formulars erfolgen.