Deutscher Apothekerverband e. V.
Heidestraße 7
10557 Berlin

Beitrittserklärung
zum Rahmenvertrag nach § 129 Absatz 2 SGB V
§§ 4, 5 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 § 4 Satz 5 des Rahmenvertrages über die Arzneimittelversorgung nach § 129 Absatz 2 SGB V nur als wirksam erklärt, wenn die Erklärung mit den vorgenannten Angaben vollständig und vom Apothekeninhaber unterzeichnet abgegeben wurde. Nach § 4 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 § 3 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.