

Meldeformular 1: Mutationsmeldungen

1. Angaben zur Apotheke (gültig ab Mutationsdatum)

Name der Apotheke:
Adresse:
PLZ/Ort:
Telefon:
E-Mail:
E-Mail für Rechnungen (falls abweichend):
SAV-Nummer (falls vorhanden):
Name/Vorname der fachtechnisch verantwortlichen Person (Verwalter:in):

2. Besitzverhältnisse (gültig ab Mutationsdatum)

2.1 Einzelfirma

Name/Vorname (Eigentümer:in):

2.2 Juristische Person

Firmenname der juristischen Person (z.B. AG, GmbH):
--

3. Anschluss Apotheke an pharmaSuisse/Mutationsgrund

3.1 Apotheke wünscht Anschluss an pharmaSuisse durch:

- Neueröffnung per
- Anschluss einer bestehenden Apotheke per
- Besitzerwechsel (Betriebsübernahme) per

3.2 Mutationsmeldung einer an pharmaSuisse angeschlossenen Apotheke bei:

- Besitzerwechsel (Betriebsübernahme) per
- Änderung der Geschäftsform per
- Namensänderung per
- Schliessung per

Bei **Neueröffnung** oder **gleichzeitigem Verwalterwechsel** in allen anderen Fällen bitten wir Sie, ebenfalls zusätzlich das **Meldeformular 2** auszufüllen.

Mit der Unterschrift verpflichtet sich die unterzeichnungsberechtigte Person gemäss Ziff. 3.2 des Reglements über die Mitgliedschaft, die zur Berechnung des indirekten Mitgliederbeitrages notwendigen Daten in der von pharmaSuisse festgelegten Form elektronisch an eine von pharmaSuisse bezeichnete Treuhandstelle zu liefern. In diesem Zusammenhang erteilen die Aktivmitglieder der bezeichneten Treuhandstelle die Berechtigung, die notwendigen Daten bei den Grossisten (und anderen Lieferanten) einzufordern, sowie den Grossisten (und anderen Lieferanten) die Berechtigung zur Lieferung der Daten an die Treuhandstelle.

Ort/Datum	Unterschrift (Unterzeichnungsberechtigte Person(en) gemäss Handelsregisterauszug)
------------------	---

Wichtige Hinweise

- Ist die Apotheke an pharmaSuisse angeschlossen, gilt sie automatisch als dem Tarifvertrag MTK beigetreten.
- Arbeitgeber oder Selbständigerwerbende, die Mitglied von pharmaSuisse sind, müssen sich der [Ausgleichskasse AK105](#) anschliessen. Ausgenommen davon sind Personen, die bereits Mitglied eines anderen Gründerverbandes einer Ausgleichskasse sind (Art. 64 Abs. 1 AHVG).

Wir bitten Sie, dieses rechtsgültig unterzeichnete Meldeformular **im Original** an folgende Adresse zu senden: pharmaSuisse, Mitgliederdienst, Stationsstrasse 12, 3097 Liebefeld.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne per Mail unter: Mitglied@pharmaSuisse.org oder telefonisch unter der Telefonnummer 031 978 58 26 zur Verfügung.