



Mutationsformular Tarifvertrag LOA IV/1 vom 1. Januar 2016
zwischen dem **Schweizerischen**
Apothekerverband (pharmaSuisse)
und der **tarifsuisse ag, Einkaufsgemeinschaft**
HSK, CSS sowie den im Tarifvertrag
genannten Versicherern

alle Felder sind elektronisch auszufüllende Pflichtfelder (Ausnahme: Unterschrift nach Ausdruck)

Die unterzeichnende fvP respektive die Apotheke meldet folgende Mutationen. Zutreffendes bitte ankreuzen, Mehrfachauswahl möglich:

- Wechsel Inhaber/in und/oder Geschäftsform der Apotheke mit Wechsel ZSR-Nr. der Apotheke
- Wechsel Inhaber/in und/oder Geschäftsform der Apotheke mit Wechsel GLN der Apotheke
- Änderung Name der Apotheke
- Wechsel fachtechnisch verantwortliche Person (fvP)

Die **Apotheke** ist (zutreffendes bitte ankreuzen, nur eine Auswahl möglich)

an den Schweizerischen
Apothekerverband pharmaSuisse
angeschlossen.

nicht an den Schweizerischen Apothekerverband
pharmaSuisse angeschlossen.

Bestehende Angabe(n):

ZSR-Nr. der Apotheke: [.....] GLN der Apotheke: [.....]
SAV-Nr. der Apotheke: [.....]
Name der Apotheke: [.....]
Adresse der Apotheke: [.....]
PLZ der Apotheke: [.....] / Ort der Apotheke: [.....]
E-Mail der Apotheke: [.....]
SAV/FPH-Nr. der fvP: [.....]
Name fvP: [.....] / Vorname fvP: [.....]

Neue Angabe(n):

Gültig ab (Datum): [.....]
ZSR-Nr. der Apotheke: [.....] GLN der Apotheke: [.....]
SAV-Nr. der Apotheke: [.....]
Name der Apotheke: [.....]
Adresse der Apotheke: [.....]
PLZ der Apotheke: [.....] / Ort der Apotheke: [.....]
E-Mail der Apotheke: [.....]
SAV/FPH-Nr. der fvP:

Name fvP: [.....] / Vorname fvP: [.....]



Die Nichtbezahlung der Beitrittsgeb hr oder eines Unkostenbeitrags, innert 40 Kalendertagen seit Versand der Mahnung, gilt als fristloser Rücktritt vom Tarifvertrag. Die Unterzeichnung dieses Beitrittsformulars gilt als Schuldanererkennung im Sinne vom Art. 82 SchKG für die Beitrittsgeb hren und Unkostenbeitr ge (vgl. Anhang 5 des Tarifvertrages). Mit der Unterschrift wird die Richtigkeit der vorgenannten Angaben bestätigt

Die unterzeichnende fvP respektive die Apotheke tritt dem nationalen Tarifvertrag sowie automatisch dem MTK-Vertrag bei. Die Bedingungen des Tarifvertrags, insbesondere Taxpunktwert, Gebührenregelung, Beitritts- und Rücktritts-Modalitäten werden explizit anerkannt. Ebenso anerkennt die unterzeichnende Person den Vertrag vom 1. Januar 2016 betreffend die Tarifstruktur mit Anhängen und tritt ihm bei.

Die unterzeichnende fvP respektive die Apotheke erklärt sich mit Unterschrift damit einverstanden, dass der Schweizerischer Apothekerverband pharmaSuisse sämtliche Daten zum Zwecke des Vertragsmanagements LOA und bei Mitgliedschaft bzw. Anschluss des Mitglieder-managements des Schweizerischen Apothekerverbands pharmaSuisse bearbeitet und an die Vertragspartner LOA, tarifsuisse ag und SASIS AG zur Umsetzung des Tarifvertrags weiterleitet.

Das elektronisch ausgef llte Formular ist ausgedruckt, handschriftlich unterzeichnet und im Original per Post zu senden an: Schweizerischer Apothekerverband pharmaSuisse, Mitgliedermanagement, Stationsstrasse 12, 3097 Bern- Liebefeld.

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift **fvP**

.....
Vorname und Name **fvP** in Blockschrift