

Meldeformular 2: Wechsel der fachtechnisch verantwortlichen Person (FvP)

☐ Wechsel FvP
 ☐ Co-FvP (Wechsel oder neu)

Gültig ab (Datum):

1. Angaben zur Apotheke

Name der Apotheke:
Adresse:
PLZ/Ort:
Telefon:
E-Mail:
SAV-Nummer der Apotheke (falls vorhanden):

2. Persönliche Angaben zur FvP

Name:
Vorname:
Adresse:
PLZ/Ort:
Telefon:
E-Mail:
SAV-Nummer der FvP (falls vorhanden):

Ort und Datum	Unterschrift(en) FvP Vor- und Nachname(n) in Druckbuchstaben
----------------------	---

Wichtiger Hinweis

Falls der Tarifvertrag LOA V bereits über den Schweizerischen Apothekerverband pharmaSuisse unterzeichnet wurde und Sie weiterhin als mit den Krankenversicherern abrechnungsberechtigt gelten möchten, bitten wir Sie, ebenfalls die Beitrittserklärung zum Tarifvertrag LOA V (gemäss Anhang 7) zu unterzeichnen.

Wir bitten Sie, dieses rechtsgültig unterzeichnete Meldeformular **im Original per Post** an folgende Adresse zu senden:

Schweizerischer Apothekerverband pharmaSuisse, Mitgliedermanagement, Stationsstrasse 12, 3097 Liebefeld.