



## **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):

<b>Ort und Datum</b>	<b>Unterschrift(en) FvP</b>
	<b>Vor- und Nachname(n) in Druckbuchstaben</b>

#### **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.