



**Mutationsformular Tarifvertrag LOA V für Leistungen in der  
öffentlichen Apotheke vom 1. Januar 2026 zwischen dem  
Schweizerischen Apothekerverband pharmaSuisse und  
Einkaufsgemeinschaft HSK AG, CSS Kranken-Versicherung AG,  
tarifsuisse ag 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: [.....]  
Kanton 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: [.....]  
Kanton der Apotheke: .....  
E-Mail der Apotheke:  
Name fvP: ..... / Vorname fvP:

Die Nichtbezahlung der Beitritts- oder Durchführungsgebühren innert 30 Kalendertagen ab Versand der Mahnung, gilt als fristloser Rücktritt vom Tarifvertrag LOA V für Leistungen in der öffentlichen ApBonnetotheke vom 1. Januar 2026. Die Unterzeichnung dieses Beitrittsformulars gilt als Schuldanerkennung im Sinne vom Art. 82 SchKG für die Beitritts- und Durchführungsgebühren.

Die unterzeichnende fvP respektive die Apotheke bestätigt mit Unterschrift die Richtigkeit der vorgenannten Angaben.

Die unterzeichnende fachtechnisch verantwortliche Person (fvP) respektive die Apotheke tritt mit Unterschrift dem nationalen Tarifvertrag LOA V für Leistungen in der öffentlichen Apotheke vom 1. Januar 2026 über den Schweizerischen Apothekerverband pharmaSuisse bei, unabhängig davon, ob die Apotheke an pharmaSuisse angeschlossen ist oder nicht. Die Bedingungen des Tarifvertrags und seiner Bestandteile, insbesondere die Rechte und Pflichten, Taxpunktwert, Gebührenregelung, Beitritts- und Rücktritts-Modalitäten werden explizit anerkannt. Ebenso anerkennt die unterzeichnende fachtechnisch verantwortliche Person (fvP) respektive die Apotheke mit Unterschrift den Vertrag vom 1. Januar 2026 betreffend die Tarifstruktur LOA V mit Anhängen und tritt ihm bei. Weiter ist die die unterzeichnende fachtechnisch verantwortliche Person (fvP) respektive die Apotheke damit einverstanden, dass die für das Monitoring relevanten Daten, gemäss Anhang C und Anhang D Tarifstruktur-Vertrag LOA V kostenlos an die von pharmaSuisse bezeichnete Datenzentrale geliefert werden. Sowie, dass der für die Apotheke bezeichnete, Validator die Daten für die Alimentierung des Qualitäts- und Forschungsfonds gemäss Art. 8 Tarifstruktur-Vertrag LOA V kostenlos an eine von pharmaSuisse bezeichnete Datenzentrale liefert.

Die unterzeichnende fachtechnisch verantwortliche Person (fvP) respektive die Apotheke erklärt sich mit Unterschrift damit einverstanden, dass der Schweizerische Apothekerverband pharmaSuisse sämtliche Daten zum Zwecke des Vertragsmanagements LOA und bei Mitgliedschaft bzw. Anschluss an den Verband bearbeitet und an die Vertragspartner LOA (HSK, CSS, tarifsuisse ag) und SASIS AG, zur Umsetzung des jeweiligen Tarifvertrags weiterleitet.

**Das elektronisch ausgefüllte Formular ist ausgedruckt, handschriftlich unterzeichnet und im Original per Post zu senden an: Schweizerischer Apothekerverband pharmaSuisse, Mitglieder und Apotheken Administration, Stationsstrasse 12, 3097 Bern-Liebefeld.**

.....  
Ort/Datum

.....  
Unterschrift **fvP**

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