

Anlage 2
Beitrittserklärung

zur Teilnahme am Rahmenvertrag im Sinne der integrierten Versorgung zur
patientenindividuellen Arzneimittelversorgung mit der 7x4 Box

zwischen

Bundesverband Deutscher Apotheker e.V., Borsigallee 21, 60388 Frankfurt
- nachfolgend "BVDA" genannt –
und

Barmenia Krankenversicherung a. G., Kronprinzenallee 12-18, 42119 Wuppertal
nachfolgend „Barmenia“ genannt -,

Beitrittserklärung

Ich erkenne den zwischen der Barmenia und dem BVDA geschlossenen Rahmenvertrag im Sinne der integrierten Versorgung zur patientenindividuellen Arzneimittelversorgung mit der 7x4 Box sowie alle zur Durchführung des Vertrages getroffenen Vereinbarungen als von mir in eigener Person abgeschlossen an und verpflichte mich die geschlossenen Vereinbarungen zu erfüllen.

.....
Apothekeninhaber (Nachname, Vorname)*

.....
Apothekenname*

.....
Institutionskennzeichen

.....
PLZ

Ort*

.....
Strasse*

.....
Namen der Filialapotheke/en;* (ggf. Beiblatt verwenden)

Ort*, Datum

Rechtsverbindliche Unterschrift

* Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

Apothekenstempel