

Anlage 2

Beitrittserklärung zur Teilnahme am Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung zur patientenindividuellen Arzneimittelversorgung mit der 7x4 Box

zwischen

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

der **IKK Brandenburg und Berlin**, Ziolkowskistraße 6, 14480 Potsdam

nachfolgend „Krankenkasse“ genannt -,

Beitrittserklärung

Ich erkenne den zwischen der IKK Brandenburg und Berlin sowie dem BVDA geschlossenen Rahmenvertrag nach § 129 Abs. 2 SGB V 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