

## Anlage 3 Beitrittserklärung Apotheke

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

zwischen

**Bundesverband Deutscher Apotheker e.V.**, Borsigallee 21, 60388 Frankfurt  
- nachfolgend "BVDA" genannt –  
und  
**der INTER-Krankenversicherung a.G.**, Erzberger Str. 9-15, 68167 Mannheim  
nachfolgend „Inter“ genannt -

### Beitrittserklärung

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

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen:

\_\_\_\_\_  
Apothekeninhaber (Nachname, Vorname)

\_\_\_\_\_  
Apothekenname

\_\_\_\_\_  
Institutionskennzeichen

\_\_\_\_\_  
Strasse

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Ort\*

\_\_\_\_\_  
Namen der Filialapotheke/en

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Rechtsverbindliche Unterschrift

Apothekenstempel