

Meldeformular 2: Verwalterwechsel

1. Angaben zur Apotheke (gültig ab Mutationsdatum)

Name der Apotheke:
Adresse:
PLZ/Ort:
Telefon:
E-Mail:
SAV-Nummer (falls vorhanden):

Verwalterwechsel per _____

Co-Verwalterwechsel per _____

2. Persönliche Angaben neue(r) VerwalterIn

Name:
Vorname:
Adresse:
PLZ/Ort:
Telefon:
E-Mail:
SAV-Nummer (falls vorhanden):

Wichtiger Hinweis

Falls der Tarifvertrag LOA IV/1 durch den/die ehemalige(n) VerwalterIn bereits über pharmaSuisse unterzeichnet wurde und Sie weiterhin mit den Krankenversicherern abrechnen möchten, bitten wir Sie, **ebenfalls** die Beitrittserklärung zum Tarifvertrag LOA IV/1 (Anhang 7) zu unterzeichnen.

Ort/Datum	Unterschrift(en) VerwalterIn und/oder Co-VerwalterIn

Wir bitten Sie, dieses rechtsgültig unterzeichnete Meldeformular **im Original** an folgende Adresse zu senden: **pharmaSuisse, Mitgliederdienst, Stationsstrasse 12, 3097 Liebefeld.**

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne per Mail unter: Mitglied@pharmaSuisse.org oder telefonisch unter der Telefonnummer 031 978 58 58 zur Verfügung.