

Meldeformular 1: Mutationsmeldungen

1. Angaben zur Apotheke (gültig ab Mutationsdatum)

Name der Apotheke:
Adresse:
PLZ/Ort:
Telefon:
E-Mail:
SAV-Nummer (falls vorhanden):
Name/Vorname der fachtechnisch verantwortlichen Person (VerwalterIn):

2. Besitzverhältnisse (gültig ab Mutationsdatum)

2.1. Einzelfirma

Name/Vorname (EigentümerIn):

2.2. Juristische Person

Firmenname der juristischen Person (z.B. AG, GmbH):

3. Anschluss Apotheke an pharmaSuisse/Mutationsgrund

3.1 Apotheke wünscht Anschluss an pharmaSuisse durch:

- Neueröffnung per _____
- Anschluss einer bestehenden Apotheke per _____
- Besitzerwechsel (Betriebsübernahme) per _____

3.2 Mutationsmeldung einer an pharmaSuisse angeschlossenen Apotheke bei:

- Besitzerwechsel (Betriebsübernahme) per _____
- Änderung der Geschäftsform per _____
- Namensänderung per _____
- Schliessung per _____

Bei **Neueröffnung oder gleichzeitigem Verwalterwechsel in allen anderen Fällen** bitten wir Sie, ebenfalls zusätzlich das **Meldeformular 2** auszufüllen.

Mit der Unterschrift verpflichtet sich die unterzeichnungsberechtigte Person gemäss Ziff. 3.2 des Reglements über die Mitgliedschaft, die zur Berechnung des indirekten Mitgliederbeitrages notwendigen Daten in der von pharmaSuisse festgelegten Form elektronisch an eine von pharmaSuisse bezeichnete Treuhandstelle zu liefern. In diesem Zusammenhang erteilen die Aktivmitglieder der bezeichneten Treuhandstelle die Berechtigung, die notwendigen Daten bei den Grossisten (und anderen Lieferanten) einzufordern, sowie den Grossisten (und anderen Lieferanten) die Berechtigung zur Lieferung der Daten an die Treuhandstelle.

Ort/Datum	Unterschrift (Unterzeichnungsberechtigte Person(en) gemäss Handelsregisterauszug)
------------------	--

Wichtiger Hinweis

- Ist die Apotheke an pharmaSuisse angeschlossen, gilt sie automatisch als dem Tarifvertrag MTK beigetreten.
- Ist die Apotheke an pharmaSuisse angeschlossen und dem Tarifvertrag LOA IV/1 über pharmaSuisse beigetreten, gilt sie automatisch als dem Administrativvertrag Assura beigetreten.

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.