
**BEITRITTSERKLÄRUNG ZUM TARIFVERTRAG ZWISCHEN DEN VERSICHERERN
GEMÄSS BUNDESGESETZEN ÜBER DIE UNFALLVERSICHERUNG (UVG), DER
MILITÄRVERSICHERUNG (MVG) UND DER INVALIDENVERSICHERUNG
(IVG) UND DEM SCHWEIZERISCHEN APOTHEKERVERBAND
(PHARMASUISSE)**

Tarifvertrag vom 1. Juli 2017 (gültig ab 01.08.2017)
zwischen dem Schweizerischen Apothekerverband (pharmaSuisse) und
den Eidgenössischen Sozialversicherern

- Ich bin nach UVG, MVG und IVG zugelassener Apotheker / zugelassene Apothekerin und **erkläre den Beitritt zum Tarifvertrag** zwischen pharmaSuisse und den Versicherern gemäss Bundesgesetzen über die Unfallversicherung (UVG), der Militärversicherung (MVG) und der Invalidenversicherung (IVG). Ich kenne die Rechte und Pflichten gemäss Tarifvertrag. Die Unterzeichnung dieses Beitrittsformulars gilt als Schuldanererkennung im Sinne vom Art. 82 SchKG für die gemäss Artikel 3 Absatz 2 des Tarifvertrags geschuldeten Beiträge. Der Beitritt zum Tarifvertrag wird erst nach Zahlungseingang wirksam.
- Ich trete diesem Tarifvertrag **nicht** bei.

Verantwortliche(r) Apotheker/In: _____

Apotheker/In (nur bei Co-Verwaltung): _____

Apotheke: _____

Strasse: _____

PLZ: _____

Ort: _____

GLN-Nummer Apotheke: _____

ZSR-Nummer Apotheke: _____

Stempel Apotheke

Ort/Datum: _____

Unterschrift(en): _____

Bitte senden Sie die rechtsgültig unterzeichnete Beitrittserklärung an folgende Adresse:

Sekretariat ZMT, % pharmaSuisse, Stationsstrasse 12, 3097 Liebefeld

Für Auskünfte stehen wir Ihnen unter info@pharmasuisse.org gerne zur Verfügung.