



## Mutationsformular Tarifvertrag LOA IV/1 vom 1. Januar 2016

zwischen dem  
**Schweizerischen Apothekerverband  
(pharmaSuisse)**  
und der  
**tarifsuisse ag, Einkaufsgemeinschaft HSK,  
CSS sowie den im Tarifvertrag genannten  
Versicherern**

**Besitzerwechsel  
Besitzer- und Verwalterwechsel  
Namenänderung der Apotheke**

**Verwalterwechsel  
Geschäftsformänderung**

(alle Felder sind Pflichtfelder/nur elektronische Eingabe)

### Bestehende Angaben:

ZSR-Nr.: | ..... | GLN: | ..... |  
Name der Apotheke: | ..... |  
Adresse der Apotheke: | ..... | PLZ/Ort: | ..... |  
Verwalter-/in – Name: | ..... | /Vorname: | ..... |  
E-Mail der Apotheke: | ..... |

### Neue Angaben per (Datum): | ..... |

ZSR-Nr.: | ..... | GLN: | ..... |  
Name der Apotheke: | ..... |  
Adresse der Apotheke: | ..... | PLZ/Ort: | ..... |  
Verwalter-/in – Name: | ..... | /Vorname: | ..... |  
E-Mail der Apotheke: | ..... |

### Zutreffendes bitte ankreuzen (nur eine Auswahl möglich)

**Die Apotheke ist an pharmaSuisse angeschlossen** und tritt dem nationalen Tarifvertrag über pharmaSuisse bei. Die Bedingungen des Vertrages, insbesondere Taxpunktwert, Gebührenregelung, Beitritts- und Rücktritts-Modalitäten etc., werden explizit anerkannt. Ebenso anerkenne ich den resp. trete ich dem Vertrag vom 1. Januar 2016 betreffend die Tarifstruktur mit Anhängen bei. Ich bin damit einverstanden, dass pharmaSuisse meine Daten tarifsuisse ag zum Zwecke des Vertragsmanagements zur Verfügung stellt. **Das ausgefüllte Formular sende ich per Post an: Schweizerischer Apothekerverband pharmaSuisse, Stationsstrasse 12, 3097 Bern- Liebefeld**

**Die Apotheke ist nicht an pharmaSuisse angeschlossen** und tritt dem nationalen Tarifvertrag über tarifsuisse ag bei. Die Bedingungen des Vertrages, insbesondere Taxpunktwert, Gebührenregelung, Beitritts- und Rücktritts-Modalitäten etc., werden explizit anerkannt. Ebenso anerkenne ich den resp. trete ich dem Vertrag vom 1. Januar 2016 betreffend die Tarifstruktur mit Anhängen bei. Ich bin damit einverstanden, dass tarifsuisse ag meine Daten pharmaSuisse soweit notwendig für die Durchführung des Tarifvertrags (mit Anhängen) zur Verfügung stellt. **Das ausgefüllte Formular sende ich per Post an: tarifsuisse ag, Römerstrasse 20, 4500 Solothurn**

Die Nichtbezahlung der Beitrittsgebühr oder eines Unkostenbeitrags, innert 40 Kalendertagen seit Versand der Mahnung, gilt als fristloser Rücktritt vom Tarifvertrag. Die Unterzeichnung dieses Beitrittsformulars gilt als Schuldanererkennung im Sinne vom Art. 82 SchKG für die Beitrittsgebühren und Unkostenbeiträge (vgl. Anhang 5 des Tarifvertrages). Mit der Unterschrift wird die Richtigkeit der vorgenannten Angaben bestätigt

| ..... |  
Ort/Datum

Unterschrift