

Bitte schicken Sie das ausgefüllte Beitrittsformular

per Post an

oder

per Telefax an  
0511 / 285 33 13378

**Persönlich**

AOK Niedersachsen. Die Gesundheitskasse.  
Gesundheitsmanagement ambulant  
Unternehmensbereich Arzneimittelmanagement  
Kristin Rodriguez Reina  
Hildesheimer Straße 273  
30519 Hannover

**Beitrittserklärung zum Arzneiversorgungsvertrag**

---

Name der Hauptapotheke

---

Institutionskennzeichen  
(bei mehreren bitte alle an-  
geben)

Tel.-Nr.

Fax-Nr.

---

Vor- und Name des Apothekeninhabers

E-Mail-Adresse

---

Anschrift

**Filialapotheke(n):**

Apothekename: \_\_\_\_\_ IK \_\_\_\_\_

Anschrift (Str., PLZ, Ort) \_\_\_\_\_

Apothekename: \_\_\_\_\_ IK \_\_\_\_\_

Anschrift (Str., PLZ, Ort) \_\_\_\_\_

Apothekename: \_\_\_\_\_ IK \_\_\_\_\_

Anschrift (Str., PLZ, Ort) \_\_\_\_\_

Hiermit trete/n ich/wir dem am 01.10.2023 in Kraft getretenen Arzneiversorgungsvertrag zwischen dem Landesapothekerverband Niedersachsen e. V. und der AOK Niedersachsen. Die Gesundheitskasse. – einschließlich aller Anlagen, Ergänzungs- oder Zusatzvereinbarungen, Protokollnotizen sowie aller Nachträge bzw. Nachfolgeverträge in der jeweils gültigen Fassung – bei und lasse/n deren Bestimmungen gegen mich/uns gelten. Ich/wir gehöre/n keinem Landesapothekerverband als Mitglied an und bin/sind dem Rahmenvertrag nach § 129 SGB V beigetreten.

---

Ort und Datum

---

Stempel und Unterschrift des/der Apothekeninhaber/s