

## Meldeformular 2: Wechsel Verwalter/-in

### 1. Angaben zur Apotheke (gültig ab Mutationsdatum)

Name der Apotheke:
Adresse:
PLZ, Ort:
Telefon:
E-Mail:
SAV-Nummer:

Wechsel Verwalter/-in per  
Wechsel Co-Verwalter/-in per

### 2. Persönliche Angaben neue/-r Verwalter/-in

Name, Vorname:
Adresse:
PLZ, Ort:
Telefon:
E-Mail:
SAV-Nummer:

#### Wichtiger Hinweis

Falls der Tarifvertrag LOA IV/1 durch den/die ehemalige(n) Verwalter/-in 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 und Datum	Unterschrift Verwalter/-in, Co-Verwalter/-in

Wir bitten Sie, dieses rechtsgültig unterzeichnete Meldeformular **im Original** einzusenden.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne unter [Mitglied@pharmaSuisse.org](mailto:Mitglied@pharmaSuisse.org) oder 031 978 58 58 zur Verfügung.