

Hölderlinstr. 12
70174 Stuttgart
Postfach 10 29 34
70025 Stuttgart

www.apotheker.de

Tel.: +49 (711) 22334-44
Fax.: +49 (711) 22334-97
taxation@apotheker.de



Landesapothekerverband Baden-Württemberg e. V., Hölderlinstr. 12, 70174 Stuttgart

Landesapothekerverband Baden-Württemberg e.V.
Hölderlinstraße 12
70174 Stuttgart

Anmeldung zum Online- Vertragsportal (OVP)

Sehr geehrtes Mitglied,

im Rahmen Ihrer Verbandsmitgliedschaft haben Sie die Möglichkeit am Service Ihres Landesapothekerverbandes teilzunehmen. Im OVP finden Sie Ihre persönlichen Informationen über bestehende oder mögliche Verträge mit Kostenträgern in übersichtlicher Form vor.

Für das OVP gelten Nutzungsbedingungen und Datenschutzbestimmungen in der jeweils aktuellen Fassung. Diese können Sie unter www.dav-ovp.de abrufen.

Bei Interesse an einer Teilnahme am OVP senden Sie uns diese Anmeldung zurück. Nur Sie als Mitglied des Landesverbands können das OVP nutzen. Bei Austritt aus dem Landesapothekerverband oder jederzeit möglichem Widerruf ist die Nutzung des OVP nicht weiter möglich und die eingestellten Daten werden gelöscht.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr

LANDESAPOTHEKERVERBAND
BADEN-WÜRTTEMBERG e. V.

Abteilung Taxation

Sitz des Verbandes ist Stuttgart
Amtsgericht-Registergericht-Stuttgart VR246
Präsidentin: Tatjana Zambo
Geschäftsführerin: Ina Hofferberth
Steuer-Nummer: 99 059 00245
USt.-ID-Nummer: DE147848737

Bankverbindung:
Deutsche Apotheker- und Ärztebank Düsseldorf
Konto 000 1085 204 – BLZ 300 606 01
BIC: DAAEEDXXX
IBAN: DE86 3006 0601 0001 0852 04
Gläubiger-ID: DE55LAV00000408416

Bitte lassen Sie uns die Anmeldung unterschrieben per Fax an die 0711 22334-97 oder E-Mail an taxation@apotheker.de zukommen.

Sie erhalten dann Ihre Zugangsdaten, welche Sie an Ihren Softwareanbieter für die Abbildung in Ihrer Warenwirtschaft weitergeben können.

Hiermit melde ich mich verbindlich für das OVP an:

Inhaber/in-Name: _____

Apothekenname (Haupt-)Apotheke: _____

IK: _____

Straße und Hausnummer: _____

PLZ und Ort: _____

Dies gilt auch für meine weiteren Filialapotheken:

Apothekenname Filialapotheke: _____

IK: _____

Straße und Hausnummer: _____

PLZ und Ort: _____

Apothekenname Filialapotheke: _____

IK: _____

Straße und Hausnummer: _____

PLZ und Ort: _____

Apothekenname Filialapotheke: _____

IK: _____

Straße und Hausnummer: _____

PLZ und Ort: _____

Ich möchte am Online-Vertragsportal mit den oben aufgeführten Betriebsstätten teilnehmen und erkläre mich mit den Nutzungsbedingungen und den Datenschutzbestimmungen einverstanden.

Zudem bin ich darüber informiert worden, dass ich mit dem Erhalt der Zugangsdaten für das OVP auch die Medizinprodukteverwaltung nutzen kann. Für die Nutzung der Medizinprodukteverwaltung muss ich dem Tool „MPV“ ebenfalls die jeweiligen Nutzungsbedingungen und Datenschutzbestimmungen akzeptieren.

Sobald sich Änderungen in meinen PQ-Daten ergeben, informiere ich den LAV, so dass die aktuellen PQ-Daten in das OVP übertragen werden können.

Ort, Datum

Stempel Apotheke / Unterschrift Inhaber/in