

## Anmeldung von Apotheken zum OVP (Online-Vertragsportal)

An meinen Landesapothekerverband

Name: Hessischer Apothekerverband e.V.  
Straße: Strahlenbergerstraße 112  
PLZ Ort: 63067 Offenbach  
E-Mail: d.boerner@h-a-v.de

Sehr geehrtes Mitglied,

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

Für das OVP gelten Nutzungsbedingungen und Datenschutzbestimmungen in der jeweils aktuellen Fassung. Diese können Sie stets aktuell im Footer unter [www.dav-ovp.de](http://www.dav-ovp.de) abrufen.

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

Hat die Apotheke mehrere IK, die Sie ins OVP übertragen möchte, muss für jedes IK eine separate Anmeldung erfolgen.

Name Apothekeninhaber\*in: \_\_\_\_\_  
Name der Apotheke: \_\_\_\_\_  
IK der Apotheke: \_\_\_\_\_  
Weitere IK der Apotheke: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Telefonnummer: \_\_\_\_\_  
Telefax: \_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_  
Web-Site der Apotheke: \_\_\_\_\_

Diese Erklärung gilt für meine weiteren Apothekenbetriebsstätten:

Name der Apotheke: \_\_\_\_\_  
IK der Apotheke: \_\_\_\_\_  
Weitere IK der Apotheke: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Telefonnummer: \_\_\_\_\_  
Telefax: \_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_  
Web-Site der Apotheke: \_\_\_\_\_

Name der Apotheke: \_\_\_\_\_  
IK der Apotheke: \_\_\_\_\_  
Weitere IK der Apotheke: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Telefonnummer: \_\_\_\_\_  
Telefax: \_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_  
Web-Site der Apotheke: \_\_\_\_\_

Name der Apotheke: \_\_\_\_\_  
IK der Apotheke: \_\_\_\_\_  
Weitere IK der Apotheke: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Telefonnummer: \_\_\_\_\_  
Telefax: \_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_  
Web-Site der Apotheke: \_\_\_\_\_

- Ich melde mich verbindlich zum Online-Vertragsportal an.
- Ich erkenne die Nutzungsbedingungen zum Online-Vertragsportal an.
- Ich habe die geltenden Datenschutzbestimmungen gelesen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift / Stempel Apothekeninhaber\*in