

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

An den Landesapothekerverband

**Landesapothekerverband Sachsen-Anhalt e.V.  
Doctor-Eisenbart-Ring 2  
39120 Magdeburg**

Sehr geehrtes Mitglied,

im Rahmen Ihrer Verbandsmitgliedschaft haben Sie die Möglichkeit am neuen Service Ihres Landesapothekerverbandes bzw. -vereins 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 in der jeweils aktuellen Fassung. Diese können Sie unter [www.dav-ovp.de](http://www.dav-ovp.de) abrufen.

Bei Interesse an einer Teilnahme am OVP senden Sie uns diese Anmeldung zurück. Nur Sie als Mitglied des Landesverbandes 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.

### Anmeldung zum OVP

Ich melde mich für das Angebot des Landesapothekerverbandes, an dem OVP teilnehmen zu können, an

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

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

Name der Apotheke: \_\_\_\_\_  
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 Apotheker