

Anmeldung von Apotheken zum OVP (Online-Vertragsportal)

An meinen Landesapothekerverband

Name: _____

Straße: _____

PLZ Ort _____

Sehr geehrtes Mitglied,

im Rahmen Ihrer Verbandsmitgliedschaft haben Sie die Möglichkeit am Online-Vertragsportal-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 stets aktuell im Footer unter www.dav-ovp.de abrufen.

Bei Interesse an einer Teilnahme am OVP senden Sie diese Anmeldung an Ihren zuständigen Landesapothekerverband/ -verein. Nur Sie als Mitglied des Landesapothekerverbandes/ -vereins können das OVP nutzen. Bei Austritt aus dem Landesapothekerverband/-verein 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/-vereins, am OVP teilnehmen zu können, an

Name des Apothekers: _____

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