

Apothekerverband
Westfalen-Lippe e. V.
Willy-Brandt-Weg 11
48155 Münster

Betreuungsvereinbarung zur Vor-Ort-Betreuung

zwischen

Name der Apotheke: _____

Straße: _____

Postleitzahl/Ort: _____

Name des Inhabers: _____

Telefon: _____ Telefax: _____

E-Mail: _____

und der ERGO-MED Centrum für Betriebsmedizin GmbH – Arbeitsmedizin
und in Kooperation - Arbeitssicherheit

- 1-10 (+x) Mitarbeiter** Ich beschäftige zurzeit _____ Mitarbeiter, deren regelmäßige Arbeitszeit in der Summe 10 Vollzeitstellen nicht überschreitet.

5 € monatl. Betreuungspauschale
(jährliche Berechnung Anfang Februar für das laufende Jahr)
Besuch alle 5 Jahre durch Arbeitsmedizin **oder** Arbeitssicherheit
30 € jährlich (Berechnung erfolgt nach Begehung)

- ab 11 Mitarbeiter** Ich beschäftige zurzeit _____ Mitarbeiter.

5 € monatl. Betreuungspauschale
(jährliche Berechnung Anfang Februar für das laufende Jahr)
Besuch alle 3 Jahre durch Arbeitsmedizin **oder** Arbeitssicherheit
60 € jährlich (Berechnung erfolgt nach Begehung)

Die Preise verstehen sich zuzüglich der zum Zeitpunkt der Rechnungslegung geltenden Mehrwertsteuer.

Vertragsende/Kündigungsregelung:

Das Betreuungsverhältnis endet mit Übergabe der Apotheke an einen Rechtsnachfolger oder mit Schließung der Apotheke. Im Übrigen kann das Betreuungsverhältnis gekündigt werden mit einer Frist von 2 Monaten zum 30.06. oder zum 31.12. eines Kalenderjahres. Ungeachtet dessen kann der Vertragspartner innerhalb des Betreuungsverhältnisses die Betreuungsform wechseln.

- Einverständnis Datenverarbeitung:**

Ich bin damit einverstanden, dass der AVWL meine Daten speichert und sie mit der von mir gewählten Betreuungsform inkl. aller Änderungen an den Kooperationspartner meldet und dieser die Daten an die BGW weiterleitet.

Meine Einwilligung kann von mir jederzeit widerrufen werden.

Apothekeninhaber, die nicht Mitglied des AVWL sind, zahlen zur Deckung des Mehraufwandes eine Verwaltungspauschale von € 155,00 pro Kalenderjahr an den AVWL. Dies gilt auch, soweit die Betreuung nach Beendigung der Mitgliedschaft fortgesetzt wird.

Ort/Datum _____

Ort/Datum _____

Unterschrift Apotheker/in

Unterschrift ERGO-MED GmbH