



Innmeldings- og eierskifteskjema for apotekvirksomhet

- Del 1: Innmelding av ny apotekvirksomhet
- Del 2: Eierskifte av apotekvirksomhet
- Del 3: Generell informasjon

Les dette før du fyller ut skjemaet

Pensjonsordningen for apotekvirksomhet er en lovfestet, kollektiv pensjonsordning. Ved innmelding av nytt apotek, eller særskilt innmelding av annen virksomhet knyttet til farmasien, trenger vi informasjon om det nye apoteket/virksomheten. Dere vil få beskjed når apoteket er opprettet som kunde hos oss. Vi trenger også informasjon ved eierskifte (fusjon, fisjon, opphør av apotek).

Fyll inn enten del 1 og del 3, eller del 2 og del 3.

Skjemaet sendes i posten til Statens pensjonskasse, postboks 10 Skøyen, 0212 Oslo.

Del 1: Innmelding av ny apotekvirksomhet

Navn på nytt apotek

Organisasjonsnummer

Det er viktig at du oppgir korrekt innmeldingsdato. Ingen ansatte kan ha fått lønn før innmeldingsdatoen.

Denne meldingen skal gjelde fra:

Dag

Måned

År

Særskilt innmelding av virksomhet knyttet til farmasien

(Ordningen gjelder apoteker i Norge. Er virksomheten ikke apotek, men er knyttet til farmasien, må du fylle ut dette feltet for å begrunne hvorfor dere skal være medlemmer i ordningen)



Innmeldings- og eierskifteskjema for apotekvirksomhet

- Del 1: Innmelding av ny apotekvirksomhet
- Del 2: Eierskifte av apotekvirksomhet
- Del 3: Generell informasjon

Del 2: Eierskifte eller opphør av apotekvirksomhet

Det er viktig at du oppgir korrekt innmeldingsdato. Ingen ansatte kan ha fått lønn før innmeldingsdatoen.

Denne meldingen skal gjelde fra:

Dag	Måned	År
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

NB! Legg ved bekreftelseskjema ved eierskifte, ett fra ny eier og ett fra tidligere eier.

Tidligere navn på apotek

Organisasjonsnummer før eierskifte

Nytt navn på apotek

Organisasjonsnummer etter eierskifte

Beskriv eierskifte

Innsyn (Skal ny eier ha innsyn i data tilhørende tidligere eier?)

Nei

Ja

Opphør av virksomhet:

Fyll inn feltene hvis virksomheten har opphørt, eller skal opphøre og skal meldes ut av ordningen.

Navn på virksomhet

Organisasjonsnummer

Dato for opphør

Dag	Måned	År
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



Innmeldings- og eierskifteskjema for apotekvirksomhet

- Del 1: Innmelding av ny apotekvirksomhet
- Del 2: Eierskifte av apotekvirksomhet
- Del 3: Generell informasjon

Del 3: Generell informasjon

Om virksomheten

Trenger ikke fylles ut dersom apoteket innlemmes i en apotekkjede (Boots, Apotek 1 eller Vituskjeden). NB: Informasjonen må fylles ut for apotek som profileres som et kjedeapotek, men som ikke inngår i den juridiske strukturen til kjeden.

Navn på virksomheten

Organisasjonsnummer (9 sifre)

Postadresse

Postnummer

Poststed

Telefonnummer

Felles epostadresse

Fakturaadresse

Postnummer

Fakturareferanse

Kontonummer (til bruk ved evt tilbakeføringer)

Kontaktopplysninger

Kontaktperson 1

Fullt navn (fornavn, mellomnavn og etternavn)

E-postadresse

Telefon

Mobil

Kryss av for rolle (flere roller er mulig)

HR/Personal

Økonomi

Rapportering



Innmeldings- og eierskifteskjema for apotekvirksomhet

- Del 1: Innmelding av ny apotekvirksomhet
- Del 2: Eierskifte av apotekvirksomhet
- Del 3: Generell informasjon

Fortsettelse del 3: Generell informasjon

Kontaktperson 2 (Dersom dere har flere)

Fullt navn (fornavn, mellomnavn og etternavn)

E-postadresse

Telefon

Mobil

Kryss av for rolle (flere roller er mulig)

HR/Personal

Økonomi

Rapportering

Lønnssystem

NB! For informasjon om lønnsystem, se www.spk.no.

Kryss av for hvilket lønnsystem dere har:

Paga

Formula

Agresso/UBW

Visma Enterprise

Aditro

SAP

Annet (spesifiser):

Sentralt lønnsoppgjør og risikofellesskap AFP

Oppgi dato for sentralt lønnsoppgjør:

Dag

Måned



Innmeldings- og eierskifteskjema for apotekvirksomhet

- Del 1: Innmelding av ny apotekvirksomhet
- Del 2: Eierskifte av apotekvirksomhet
- Del 3: Generell informasjon

Fortsettelse del 3: Generell informasjon

Kryss av om dere har tariffavtale som omfatter AFP:

Nei

Ja

Hvis ja, kryss av for hvilken tilknytning har dere til risikofellesskapet AFP:

Vitus

Boots

Apotek1

Frittstående apotek

Dersom dere er et sykehusapotek:

HF

Midt-Norge HF

Nord HF

Vest HF

Kryss av for hvilken arbeidsgiverorganisasjon dere er tilknyttet:

Virke

Spekter

Andre (spesifiser):

Tilleggsopplysninger:

Signatur

Dato (dd.mm.åååå)

Underskrift
