

Anlage 4

zum Vertrag gemäß § 84 Abs. 1 S. 5 SGB V zur Verbesserung der Versorgungsqualität von Patienten mit CED

Beitrittserklärung für Krankenkassen

Per Telefax an:

GWQ ServicePlus AG

Fax-Nr.: 0211 758498 562

sowie

KVWL

Fax-Nr.: 0231 9432-83213

Beitrittserklärung

mit Wirkung zum 01.10.2018 – eingereicht spätestens bis zum 21.09.2018 –

mit Wirkung zum _____

Name: _____

Anschrift: _____

Ansprechpartner: _____

Tel.-Nr.: _____ Fax-Nr. _____

E-Mail: _____

Hiermit erklärt die o. g. Krankenkasse den Beitritt zum Vertrag gemäß § 84 Abs. 1 S. 5 SGB V zur Verbesserung der Versorgungsqualität von Patienten mit CED zwischen der KVWL und GWQ ServicePlus AG.

Die Inhalte der Vereinbarung wurden von der oben genannten Krankenkasse zur Kenntnis genommen; sie verpflichtet sich, die Inhalte dieses Vertrages in der jeweiligen gültigen Fassung zu erfüllen.

Datum

Unterschrift
Vorstand/Geschäftsführer