

Anlage 9

zum Vertrag nach § 140a SGB V über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie

Beitrittserklärung für Krankenkassen

- an die Vertragspartner weiterleiten -

Beitrittserklärung

mit Wirkung zum _____

Name: _____

Anschrift: _____

Ansprechpartner:

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

Hiermit erklärt die oben genannte Krankenkasse den Beitritt zum Vertrag nach § 140a SGB V über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie.

Die Inhalte der Vereinbarung wurden von der oben genannten Krankenkasse zur Kenntnis genommen; sie verpflichtet sich, diese zu erfüllen.

Datum

Unterschrift
Vorstand/Geschäftsführer