

Vertrag „Stärkung der Arzneimitteltherapiesicherheit bei der oralen Antikoagulation “Vitamin K-Antagonisten Therapie“ zwischen der KVWL und dem BKK-LV NW

Antrag auf Teilnahme

Kassenärztliche Vereinigung
Westfalen-Lippe
Robert-Schirrigk-Str. 4 - 6
44141 Dortmund

Faxnummer: 0231/9432-1569

Wichtig:

Bei Teilnahme von mehreren Vertragsärzten in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) muss jeder Vertragsarzt eine eigene Teilnahmeerklärung einreichen. Bei Teilnahme eines MVZ ist die Teilnahmeerklärung zusätzlich vom gesetzlichen Vertreter des MVZ zu unterzeichnen.

LANR: _____ BSNR: _____

1. Teilnahmeerklärung

In Kenntnis der Vertragsinhalte, insbesondere der Teilnahmevoraussetzungen, erkläre ich hiermit die Teilnahme an dem o. g. Vertrag für

mich:

für meinen angestellten Arzt:

2. Verpflichtungserklärung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich

- die vertraglichen Regelungen kenne, akzeptiere und umsetze.
- alle vertraglich geforderten Voraussetzungen erfüllen werde.
- einer Veröffentlichung meines Namens und meiner Praxisanschrift zum Zwecke der Patientenzuweisung auf der Homepage der KVWL sowie der jeweiligen BKK einverstanden bin.

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers

Unterschrift des angestellten Arztes



Vertragsarztstempel