

Kassenärztliche Vereinigung
 Westfalen-Lippe
 - Geschäftsbereich Abrechnung -
 Robert-Schimrigk-Str. 4 - 6
 44141 Dortmund

Faxnummer: 0231/9432-81672

Titel	Vorname	Name
Straße/Nr.		PLZ/Ort
Telefon-Nr.		Fax-Nr.
Lebenslange Arzt-Nr. (LANR)		Betriebsstätten-Nr. (BSNR) wird durch die KVWL vergeben
E-Mail:		
Bankverbindung		
Durchführung am Standort – Bezeichnung/Name:		
Straße/Nr.		PLZ/Ort

Hiermit beantrage ich die Teilnahme am Vertrag GUGV-Asyl Kassenärztliche Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe/Land NRW über die ärztliche Versorgung von Asylbewerbern

1. Mir sind die Ziele und Pflichten aus dem Vertrag einschließlich der Anlage 1 bekannt und ich verpflichte mich zur Einhaltung dieser sowie aller Regelungen des Vertrages.
2. Mir ist bekannt, dass die Abrechnung von Leistungen, die im Rahmen des Vertrages erbracht werden, nicht dem Patienten selbst, sondern ausschließlich gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung in Rechnung gestellt werden dürfen.
3. Ich bin mit der Weitergabe meines Namens, meiner Anschrift, Fax-/Telefonnummer und Internetadresse an das Land Nordrhein-Westfalen einverstanden.
4. Die Nachweise über meine Approbation und eine abgeschlossene Gebietsweiterbildung habe ich diesem Antrag beigefügt
 (Die Nachweise sind nur beizufügen, sofern sie der KVWL nicht vorliegen.).
5. Die Erbringung radiologischer Leistungen ist für einen Arzt, der nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt, ausgeschlossen.

Ort, Datum

(Arztstempel und Unterschrift)