

Original bitte weiterleiten an:

Tel: 05141 15-861

Mobil Krankenkasse

Team Selektiv- und kollektivvertragliche Abrechnung

29218 Celle

Anlage 3

Mobil
KRANKENKASSE

per Fax an: 05141 15-9861

**Annahme der Vereinbarung SV-VE 47/2011 zum
Versorgungsmodell Zahnprävention**

Facharztbezeichnung: _____

Name/Vorname/Titel: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax: _____

E-Mail: _____

Arztnummer: _____

Bundesland: _____

Mitglied des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e. V. (BVKJ):

ja nein

Mitglied des Berufsverbandes der Frauenärzte e. V. (BVF):

ja nein

Erklärung:

- (1) Ich erkläre, die Inhalte des Versorgungsmodells zur Kenntnis genommen zu haben, und verpflichte mich, diese entsprechend umzusetzen.
- (2) Ich versichere, keine der aufgeführten Leistungen für Versicherte im Rahmen dieses Versorgungsmodells gegenüber Dritten in Rechnung zu stellen.
- (3) Ich verpflichte mich, der Mobil Krankenkasse die Beendigung meiner Zulassung zur vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung mitzuteilen.
- (4) Ich bin mit der Veröffentlichung meiner Adressdaten und Telefonnummer zur Information der Versicherten der Mobil Krankenkasse auf der Homepage der Mobil Krankenkasse für die Dauer meiner Vertragsteilnahme einverstanden.
- (5) Ich bin damit einverstanden, dass die Abrechnung der vertragspezifischen Leistungen durch die Mobil Krankenkasse vorgenommen wird.

Ort, Datum

Unterschrift und Vertragsarztstempel