

Anlage 3 - Beitrittserklärung Betriebsärztin/Betriebsarzt

Name

Anschrift

Betrieb

IK

An die VDBW-Geschäftsstelle

Hiermit zeigen wir/zeige ich den Beitritt zur Vereinbarung gemäß § 132e Absatz 1 in Verbindung mit § 20i Absatz 1 und § 92 Absatz 1 Nr. 15 Sozialgesetzbuch V (SGB V) über die Durchführung und Abrechnung von Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten durch Betriebsärztinnen und Betriebsärzte (Impfvereinbarung) gemäß § 3 Abs. 2 dieses Vertrages

mit Wirkung zum an.

In bin einverstanden mit

- der Veröffentlichung meines Namens, Adresse und ggf. Betrieb im Leistungserbringerverzeichnis
- der Weiterleitung des Leistungserbringerverzeichnisses an alle Vertragspartner und beigetretenen Krankenkassen

Ort, den

Betriebsärztin/Betriebsarzt/Stempel