**Anlage 2a**

**Beitrittserklärung der Betriebskrankenkassen**

**BKK-Landesverband NORDWEST bzw. BKK-Landesverband NORDWEST**

**Ambulante Versorgung Ambulante Versorgung**

**Süderstraße 24 Hatzper Str. 36**

**20098 Hamburg 45149 Essen**

**Fax: 040 25 15 05 238 Fax: (0201) 179 - 7110**

Hiermit zeigen wir 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 § 10 Abs. 2 dieses Vertrages

mit Wirkung zum ……………………. an.

Die Abrechnungen der Leistungen dieser Vereinbarung erfolgen gegenüber:

Anschrift / Kontaktdaten der Abrechnungsstelle

-------------------------------------------

Ort, Datum

--------------------------------------------

Betriebskrankenkasse