**Anlage 3**

**Beitrittserklärung Betriebsärztin/Betriebsarzt**

Name ………………………………………………

Anschrift ………………………………………………

Betrieb ………………………………………………

LANR ………………………………………………

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 § 10 Abs. 3 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

nachrichtlich an die teilnehmenden Krankenkassen