

**Beitrittserklärung arbeitsmedizinischer
Dienst (betrieblich / überbetrieblich)**

Daten Vertragsteilnehmer (arbeitsmedizinischer Dienst)

Name des Unternehmens*

HRB/HRA-Nr.*

Vertretungsberechtigter

Funktion im Unternehmen/
Vollmachtsnachweis

Straße, Hausnr.*

PLZ, Ort*

E-Mail*

Telefon*

Fax

Institutionskennzeichen (IK-Nr.): _____

Eine IK-Nr. kann online unter www.dguv.de/arge-ik/ beantragt werden. Ohne Angabe ist die Weiterverarbeitung nicht möglich! Die Bankerbindung bei der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen ist zwingend aktuell zu halten, da an diese Bankverbindung die Zahlungen der teilnehmenden Betriebskrankenkassen erfolgen.

Mit meiner Unterschrift beantrage ich als Betriebsärztin/Betriebsarzt verbindlich die Teilnahme an dem Vertrag des VDBW und der KRANKENKASSEN zur Durchführung von Schutzimpfungen gem. §132e Absatz 1 in Verbindung mit § 20i Absatz 1 und § 92 Absatz 1 Nr. 15 SGB V.

Ort, Datum

Unterschrift Vertragsteilnehmer

* Pflichtfelder

Nachrichtlich an die teilnehmenden Krankenkassen.