

Anlage 10 Beitrittserklärung weiterer Krankenhäuser

Vertrag zur besonderen Versorgung "STATAMED: kurzstationäre, allgemeinmedizinische Versorgung"
vom 30.04.2024

Beitrittserklärung Krankenhäuser

Angaben des Beitrittserklärenden		
Titel	Vorname	Name
Straße, Hausnummer		PLZ, Ort
Telefon Nr.		Fax Nr.
IK		E-Mail
Standortnummer		

Beitrittserklärung

In Kenntnis der Vertragsinhalte STATAMED: kurzstationäre allgemein-medizinische, Versorgung gemäß § 140a SGB V, insbesondere der in § 4 aufgeführten Leistungen und der in § 12 der Vereinbarung normierten datenschutzrechtlichen Regelungen, erkläre ich hiermit meinen Beitritt an dem o. g. Vertrag in der Fassung vom 30.04.2024.

Verpflichtungserklärung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich

- die vertraglichen Regelungen kenne, akzeptiere und umsetze.
- alle vertraglich geforderten Voraussetzungen erfüllen werde.

Ort, Datum

Unterschrift

Stempel