

Anlage 9 Beitrittserklärung Krankenkassen

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

Beitrittserklärung Krankenkassen

Name:

Anschrift:

Ansprechpartner:

Tel.: Fax:

E-Mail:

Hiermit erklärt die o. g. Krankenkasse den Beitritt zum Vertrag zur besonderen Versorgung nach § 140a SGB V STATAMED.

Alle vertraglichen Bedingungen aus dem Vertrag nach § 140a SGB V in der Fassung vom 30.04.2024 sowie etwaiger nachträglicher Ergänzungen werden von der o. g. Krankenkasse zur Kenntnis genommen und sie verpflichtet sich, diese zu erfüllen. Sämtliche Rechte und Pflichten aus diesem Vertrag gelten - nach näherer Maßgabe dieser Beitrittserklärung - auch für die o. g. Krankenkasse im Rahmen ihres Beitritts. Nach dem Beitritt zum Versorgungsvertrag gilt dieser in der jeweils geltenden Fassung für die beigetretenen Krankenkassen.

Datum

Unterschrift Vorstand/Geschäftsführer

Bitte schicken Sie die unterschriebene Beitrittserklärung an:

**AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse
Abt. Versorgungsinnovationen
40466 Düsseldorf**