

Beitrittserklärung

**zum Vertrag zur besonderen Förderung ärztlicher Vorsorgeleistungen
(VorsorgePlus) gemäß § 140a SGB V zwischen der KV Berlin und den
vertragsschließenden Krankenkassen KKH und HEK**

Krankenkasse: _____

Anschrift: _____

IK: _____

Ansprechpartner: _____

Telefon/FAX: _____

E-Mail: _____

Beitritt zum: _____

Die oben genannte Krankenkasse erklärt den verbindlichen Beitritt als beitretende Krankenkasse zu dem Vertrag gem. § 140a SGB V zur besonderen Förderung ärztlicher Vorsorgeleistungen, in der jeweils aktuellen Fassung (inkl. Anlagen, Nachträge und Änderungsvereinbarungen). Alle Rechte und Pflichten ergeben sich aus dem Vertrag und gelten mit dem Beitritt.

Eine Ausfertigung des Vertrages hat die beitretende Krankenkasse erhalten. Die Inhalte werden von der beitretenden Krankenkasse zur Kenntnis genommen, anerkannt sowie verpflichtend erfüllt.

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel der
beitretenden Krankenkasse

Anlage 4: Beitrittserklärung für Krankenkassen (Vertragskennzeichen: 121722KK004)

Einwilligung zum Beitritt

Die KV Berlin und die vertragsschließenden Krankenkassen erklären sich durch Unterzeichnung bereit, die Krankenkasse _____ in den Vertrag aufzunehmen. Notwendige Anpassungen an den Anlagen des Vertrages, um den Beitritt der genannten Krankenkasse kenntlich zu machen, werden durch die vertragsschließenden Krankenkassen durchgeführt. Es bedarf keiner gesonderten Änderungsvereinbarung.

Ort, Datum

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Der Vorstand

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel KKH

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel HEK