

Beitrittserklärung für Ärztinnen und Ärzte (Mitglied)

Gemäss Ziff. 1 lit. a und b des Tarifvertrags
über ambulante Leistungspauschalen: Augenchirurgie (7.2.2018)

Name: _____

Adresse: _____

E-Mail: _____

Tel.-Nr.: _____

Kanton: _____

Facharzttitel: _____

Schwerpunkt: _____

ZSR-Nr. der Ärztin/des Arztes: _____

GLN-Nr. der Ärztin/des Arztes: _____

Fachgesellschaft/Verein: _____

Mitgliedsnummer: _____

Vom Vertrag (vgl. Website www.fmch.ch) habe ich Kenntnis genommen und erkläre hiermit den Beitritt zum oben erwähnten Vertrag mit allen Rechten und Pflichten.

Weiter erkläre ich, dass ich über alle Bewilligungen zur Ausübung der ärztlichen Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung verfüge.

Ich erkläre, dass ich alle Änderungen, die diese Beitrittserklärung betreffen, sofort den Vertragsparteien melden werde.

Ort / Datum: _____

Unterschrift: _____

**Beitrittserklärung bitte unterschrieben
und mit Datum versehen retournieren an:**

FMCH
Generalsekretariat
Dufourstrasse 30
CH-3005 Bern
Telefon: 031 329 50 00
E-Mail: sekretariat@fmch.ch

