

Beitrittserklärung für Institutionen

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

Name: _____

Rechtsform: _____

Adresse: _____

E-Mail: _____

Tel.-Nr.: _____

Kanton: _____

ZSR-Nr. der Institution: _____

GLN-Nr. der Institution: _____

Operierende Ärztinnen und Ärzte

(Bitte alle einzeln aufführen, bei Bedarf neues Formular verwenden)

Name: _____

Vorname: _____

Fachgesellschaft: _____

Mitgliedsnummer Fachgesellschaft: _____

ZSR-Nr. der Ärztin / des Arztes: _____

GLN-Nr. der Ärztin / des Arztes: _____

Facharzttitel: _____

Schwerpunkt: _____

Name: _____

Vorname: _____

Fachgesellschaft: _____

Mitgliedsnummer Fachgesellschaft: _____

ZSR-Nr. der Ärztin / des Arztes: _____

GLN-Nr. der Ärztin / des Arztes: _____

Facharzttitle: _____

Schwerpunkt: _____

Name: _____

Vorname: _____

Fachgesellschaft: _____

Mitgliedsnummer Fachgesellschaft: _____

ZSR-Nr. der Ärztin / des Arztes: _____

GLN-Nr. der Ärztin / des Arztes: _____

Facharzttitle: _____

Schwerpunkt: _____

Name: _____

Vorname: _____

Fachgesellschaft: _____

Mitgliedsnummer Fachgesellschaft: _____

ZSR-Nr. der Ärztin / des Arztes: _____

GLN-Nr. der Ärztin / des Arztes: _____

Facharzttitle: _____

Schwerpunkt: _____

Name: _____

Vorname: _____

Fachgesellschaft: _____

Mitgliedsnummer Fachgesellschaft: _____

ZSR-Nr. der Ärztin / des Arztes: _____

GLN-Nr. der Ärztin / des Arztes: _____

Facharzttitel: _____

Schwerpunkt: _____

Vom Vertrag (vgl. Website www.fmch.ch) haben wir Kenntnis genommen und erklären hiermit den Beitritt zum oben erwähnten Vertrag mit allen Rechten und Pflichten.

Ebenfalls haben wir Kenntnis genommen, dass der Beitritt zum Vertrag kostenpflichtig ist und erklären, dass wir den entsprechenden jährlichen Betrag leisten werden. Die Höhe der Beiträge sind aus der jeweilig gültigen Gebührenordnung ersichtlich (vgl. Website www.fmch.ch).

Weiter erklären wir, über alle Bewilligungen zur Ausübung der Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu verfügen.

Wir erklären, dass wir alle Änderungen, die diese Beitrittserklärung betreffen, sofort den Vertragsparteien melden werden.

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

