

BEITRITTSERKLÄRUNG

zum
 Vertrag* über die Leistungen für ambulant durchgeführte Katarakt- bzw. Glaukom-Operationen und intravitreale
 Injektionen gemäss KVG vom 01.09.2018,
 abgeschlossen zwischen der
 Schweizerischen Ophthalmologischen Gesellschaft (SOG) und der **Einkaufsgemeinschaft HSK**

Gültig ab 01.09.2018

Abrechnung erfolgt über:	<input type="checkbox"/> ZSR Arzt	oder	<input type="checkbox"/> ZSR Institution
ZSR Nummer			
Name der Institution, wo operiert wird			
Adresse Institution			
Arzt: GLN **			
Arzt: Vorname/Name			
Arzt: Adresse (nur ausfüllen, wenn Abrechnung über ZSR Nummer Arzt erfolgt)			
Arzt: SOG-Mitgliedschaft	<input type="checkbox"/> Mitglied		<input type="checkbox"/> Nicht-Mitglied
E-Mail (ZSR InhaberIn)			
Telefon (ZSR InhaberIn)			Abrechnung: <input type="checkbox"/> TG <input type="checkbox"/> TP

* Für SOG-Mitglieder vgl. Website <http://www.sog-ssso.ch/>. Für Nicht-Mitglieder: bitte Vertrag per Email beantragen: sog@imk.ch

** Bei Institutionen mit mehreren angestellten Ärzten oder Belegärzten, welche über die ZSR-Nummer der Institution abrechnen: **bitte alle einzeln auflühren und immer beide Seiten retournieren**

Der/die unterzeichnende ZSR-InhaberIn anerkennt die Bedingungen des oben genannten Vertrags explizit. Die Angaben in diesem Formular werden als richtig erklärt. Er/sie erklärt, dass er/sie alle Änderungen, die diese Beitrittserklärung betreffen, sofort den Vertragsparteien melden wird. Er/sie hat zur Kenntnis genommen, dass der Beitritt zum Vertrag für Nicht-SOG-Mitglieder kostenpflichtig ist. Die Höhe der Beiträge ist aus der jeweils gültigen **Gebührenordnung** ersichtlich.

Beitrittserklärungen, die von der SOG bis am **31.12.2018** bestätigt werden, gelten rückwirkend auf den **01.09.2018, insofern nach 01.09.2018 keine TARMED-Rechnungen mehr erstellt wurden**. Danach gelten die jeweils bis zum 20. eines Monats bei der SOG eingegangenen Beitrittserklärungen ab dem 1. des darauffolgenden Monats.

Der anwendbare Tarif gilt für die Behandlungen ab dem **01.09.2018** bzw. ab dem von der SOG bestätigten Beitrittsdatum.

Ort, Datum

Unterschrift ZSR InhaberIn

.....

Die Beitrittserklärung ist per Post oder E-Mail an folgende Adresse zu senden:

Verwaltungssekretariat SOG/SSO c/o **IMK** AG, Münsterberg 1, 4001 Basel, sog@imk.ch



Bei Institutionen mit mehreren angestellten Ärzten oder Belegärzten, welche über die ZSR-Nummer der Institution abrechnen: **bitte alle einzeln aufführen und immer beide Seiten retournieren**

Arzt: GLN **	
Arzt: Vorname/Name	
Arzt: SOG Mitgliedschaft	<input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Nicht-Mitglied

Arzt: GLN **	
Arzt: Vorname/Name	
Arzt: SOG Mitgliedschaft	<input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Nicht-Mitglied

Arzt: GLN **	
Arzt: Vorname/Name	
Arzt: SOG Mitgliedschaft	<input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Nicht-Mitglied

Arzt: GLN **	
Arzt: Vorname/Name	
Arzt: SOG Mitgliedschaft	<input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Nicht-Mitglied

Arzt: GLN **	
Arzt: Vorname/Name	
Arzt: SOG Mitgliedschaft	<input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Nicht-Mitglied

Arzt: GLN **	
Arzt: Vorname/Name	
Arzt: SOG Mitgliedschaft	<input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Nicht-Mitglied

Arzt: GLN **	
Arzt: Vorname/Name	
Arzt: SOG Mitgliedschaft	<input type="checkbox"/> Mitglied <input type="checkbox"/> Nicht-Mitglied