

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/Arztes:

GLN-Nr. der Ärztin/Arztes:

Name:

Vorname:

Fachgesellschaft:

Mitgliedsnummer Fachgesellschaft:

ZSR-Nr. der Ärztin/Arztes:

GLN-Nr. der Ärztin/Arztes:

Name:

Vorname:

Fachgesellschaft:

Mitgliedsnummer Fachgesellschaft:

ZSR-Nr. der Ärztin/Arztes:

GLN-Nr. der Ärztin/Arztes:

Name:

Vorname:

Fachgesellschaft:

Mitgliedsnummer Fachgesellschaft:

ZSR-Nr. der Ärztin/Arztes:

GLN-Nr. der Ärztin/Arztes:

Vom Vertrag (vgl. Website www.fmch.ch, Homepage) 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, Homepage).

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 retournieren an:

FMCH
Generalsekretariat
Dufourstrasse 30
CH-3005 Bern
Telefon: 031 329 50 00

E-Mail: sekretariat@fmch.ch

