

## Beitrittserklärung für Ärztinnen und Ärzte (Nicht-Mitglied)

Gemäss Ziff. 2 des Tarifvertrags  
über ambulante Leistungspauschalen: Augenchirurgie (7.2.2018)

Name: .....

Adresse: .....

E-Mail: .....

Tel.-Nr.: .....

Kanton: .....

ZSR-Nr. des Arztes/Ärztin: .....

GLN-Nr. des Arztes/Ärztin: .....

Vom Vertrag (vgl. Website [www.fmch.ch](http://www.fmch.ch)) habe ich Kenntnis genommen und erkläre hiermit den Beitritt zum oben erwähnten Vertrag mit allen Rechten und Pflichten. Ebenfalls habe ich Kenntnis genommen, dass der Beitritt zum Vertrag kostenpflichtig ist, und erkläre, dass ich den entsprechenden jährlichen Betrag leisten werde. Die Höhe der Beiträge sind aus der jeweilig gültigen Gebührenordnung ersichtlich (vgl. Website [www.fmch.ch](http://www.fmch.ch)).

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

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

Ort / Datum: .....

Unterschrift: .....

### **Beitrittserklärung bitte retournieren an:**

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

E-Mail: [sekretariat@fmch.ch](mailto:sekretariat@fmch.ch)

