

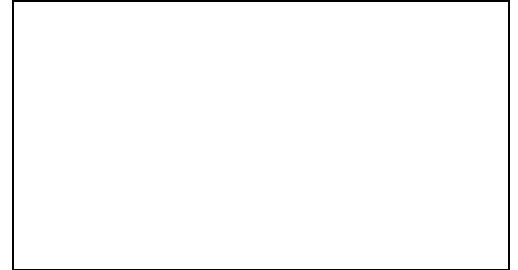
■ **FORMULAR**

KV RLP | HV MAINZ | POSTFACH 2567 | 55015 MAINZ

Abteilung Sicherstellung
Ressort KV-Aufgaben/Sonderaufgaben
Fax **06131 326-327**



Antrag auf Beteiligung nach dem Badearztvertrag mit der Postbeamten- krankenkasse



Stempel

Ich erkläre mich bereit, zu den Bedingungen des zwischen der

- Postbeamtenkrankenkasse, Stuttgart,

und der

- Kassenärztlichen Bundesvereinigung K. d. ö. R., Berlin, unter Beteiligung des Verbandes Deutscher Badeärzte e. V.,

abgeschlossenen Vertrages für die **Postbeamtenkrankenkasse** badeärztlich tätig zu werden, die vertraglichen Verpflichtungen zu erfüllen sowie den Vertrag in seiner jeweils geltenden Fassung und die zu seiner Durchführung erlassenen Bestimmungen als für mich verbindlich anzuerkennen.

Personalien

Titel, Vorname, Name

Geburtsdatum

Anschrift

Praxisanschrift

Kurort, für den die Beteiligung beantragt wird:

Kurort

Tätigkeitsaufnahme ab _____

Ärztchammer, die die Genehmigung* zum Föhren der Zusatzbezeichnung "Kurarzt" oder "Balneologie und Medizinische Klimatologie" erteilt hat:

Ärztchammer

Bankverbindung

Name des Geldinstitutes

BIC

IBAN

Datum

Unterschrift

* Fotokopie der Urkunde bitte beifügen