

## Anlage 10

### Beitrittserklärung für Krankenkassen

- an die Vertragspartner weiterleiten -

## Beitrittserklärung

mit Wirkung zum \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Hiermit erklärt die oben genannte Krankenkasse den Beitritt zum Vertrag vom 27. Juni 2019 gemäß § 140a SGB V „Gesundheit PLUS“ – eine besondere ambulante ärztliche Versorgung für Versicherte mit Übergewicht und Adipositas.

Die Inhalte der Vereinbarung wurden von der oben genannten Krankenkasse zur Kenntnis genommen; sie verpflichtet sich, diese zu erfüllen.

Änderungen und Ergänzungen des Vertrages werden nach schriftlicher Bekanntgabe gegenüber der genannten Krankenkasse automatisch wirksam. Die Krankenkasse kann innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe der Änderungen und Ergänzungen den Beitritt zum Ende des Quartals außerordentlich kündigen. Sonstige Kündigungsrechte bleiben hiervon unberührt.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
Vorstand / Geschäftsführer