

Anlage 9

Beitrittserklärung für Krankenkassen

- an die Vertragspartner weiterleiten -

Beitrittserklärung

mit Wirkung zum _____

Name: _____

Anschrift: _____

Ansprechpartner: _____

Tel.-Nr.: _____ Fax-Nr.: _____

Hiermit erklärt die oben genannte Krankenkasse den Beitritt zum Vertrag nach § 140a SGB V über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie.

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

Datum

Unterschrift
Vorstand / Geschäftsführer