

Anlage

Ergänzende Vereinbarung zum Kooperationsvertrag

Mein angestellter Arzt / meine angestellte Ärztin / meine angestellten Ärzte (Name + LANR):

nimmt / nehmen ebenfalls ab dem _____

(Beginn der Leistungserbringung des angestellten Arztes/der angestellten Ärztin in der Pflegeeinrichtung)

an dem eingereichten Kooperationsvertrag vom _____

(Datum des ursprünglichen Kooperationsvertrages)

mit der Pflegeeinrichtung _____

(Name der Pflegeeinrichtung & IK-Nummer)

teil.

(Datum & Unterschrift & Stempel **Vertragsarzt**)

(Datum & Unterschrift **angestellte(r) Ärztin / Arzt / Ärzte**)

(Datum & Unterschrift & Stempel **Pflegeeinrichtung**)