Anlage 8 Beitrittserklärung BKK

Stempel der Krankenkasse

BKK-Landesverband NORDWEST
- Hauptverwaltung Hamburg-
Süderstraße 24
20097 Hamburg
Fax: 040 / 251 505 -236
Email: Vertragsstrategie@bkk-nordwest.de

Beitritts- und Kostenübernahmeerklärung BKK

Wir erklären den Beitritt zum Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) auf der Grundlage von § 140a SGB V zwischen dem BKK-Landesverband NORDWEST und der KV Schleswig-Holstein.

Krankenkasse ……

Anschrift ……

Ansprechpartner ……

Fax-Nummer **(Teilnahmeerklärung)** ……

Email ……

Mit Unterzeichnung dieser Beitrittserklärung stimmt die beitretende Krankenkasse der Beauftragung des BKK-Landesverband NORDWEST zur administrativen Begleitung des Vertrages zu und erkennt die daraus resultierenden Regelungen zur Nutzerfinanzierung an.

…… ……
Ort und Datum Unterschrift/Kassenstempel