



GesundheitsNetz
Osthessen

Beitrittserklärung (§§ 15, 15a und 15b GenG)

Arzt/Ärztin

für Gesundheitsnetz Osthessen eG

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

1. Persönliche Daten	
Titel:	
Name:	
Vorname:	
Straße und Hausnummer:	
Postleitzahl und Wohnort:	
Geb.-Datum:	
Private Telefon-Nr. ggf. Mobil-Nr.:	
Betriebsstätten-Nr.:	
Lebenslange Arztnummer:	

Wird von der GNO-Zentrale ausgefüllt:

Mitglieds-Nr.:

.....

Name der Genossenschaft:

Gesundheitsnetz Osthessen eG

Mitgliedschaft zugelassen am:

.....

Unterschrift Vorstand

2. Angaben zur Praxis

Name der Praxis:	Praxis-Homepage:
Straße und Hausnummer:	(Bitte ankreuzen) <input type="radio"/> Einzelpraxis <input type="radio"/> Gemeinschaftspraxis Weitere Ärzte in der Praxis:
Postleitzahl und Wohnort:	
Telefon:	
Fax:	
E-Mail:	

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zur Gesundheitsnetz Osthessen eG

Ich übernehme Genossenschaftsanteil(e), zukünftig bin ich mit Genossenschaftsanteil(en) an der Genossenschaft beteiligt. (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Ich bestätige, die Satzung der Gesundheitsnetz Osthessen eG erhalten zu haben und versichere, dass ich die § 3 beschriebenen Voraussetzungen zum Erwerb der Mitgliedschaft erfülle.

Weiterhin verpflichte ich mich, die nach Gesetz und Satzung geschuldete die monatlichen Beiträge bei Fälligkeit zu zahlen.

Ort / Datum

Unterschrift

3. Datenschutz

Hiermit erkläre ich/wir mich/uns einverstanden, dass die Gesundheitsnetz Osthessen eG – Zentrale, für das interne Benchmarking der GNO eG die Anzahl der verordneten Patienten bzw. Leistungen in IV-Verträgen oder aus sonstigen Rahmenverträgen der GNO eG an denen ich teilnehme(n) , einsehen darf.

Die erhobenen Daten (Seite 1) werden ausschließlich zu internen Zwecken, wie Informationsversand der GNO eG, verwendet.

Die GNO eG Zentrale behandelt alle Daten ausschließlich für den eigenen internen Benchmarking Gebrauch und ist nicht befugt, diese an Dritte weiterzugeben. Alle Datenschutzbestimmungen für Patientendaten sind zu berücksichtigen.

Ich bin damit einverstanden, dass ich über die Gesundheitsnetz Osthessen eG Information per E-Mail, an meine der GNO eG bekannt gegebene(n) E-Mail-Adresse(n) erhalte.

Ort / Datum

Unterschrift: