

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

Gemeinschaftspraxis/Praxisgemeinschaft

für Gesundheitsnetz Osthessen eG



(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

1. Angaben zur Praxis

Name der Praxis:	Praxis-Homepage:
Straße und Hausnummer:	(Bitte ankreuzen) <input type="radio"/> Praxisgemeinschaft <input type="radio"/> Gemeinschaftspraxis
Postleitzahl und Wohnort:	Anzahl der in der Praxis vorhandenen KV Sitze <input type="text"/>
Telefon:	
Fax:	
E-Mail:	
Betriebsstätten-Nr.	
Ansprechpartner/ Praxismanagement für dringende Fragen: Name: _____	Telef.-Durchwahl: _____ E-Mail: _____

Ich/Wir erkläre(n) hiermit unseren Beitritt zur Gesundheitsnetz Osthessen eG per

Wir übernehmen Geschäftsanteil(e), zukünftig sind wir mit Geschäftsanteil(en) an der Genossenschaft beteiligt.

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

Weiterhin verpflichte(n) ich/wir uns, die nach Gesetz und Satzung geschuldete einmalige Einzahlung (je Geschäftsanteil 750,- €) und die monatlichen Beiträge (je KV-Sitz 30,-€ zuzügl. geltender MwSt.) bei Fälligkeit zu zahlen.

Ort, Datum: Unterschrift:
Zeichnungsberechtigte Person(en) der Institution

Wird von der GNO-Zentrale ausgefüllt:
Mitglieds-Nr.:
Name der Gesellschaft: Gesundheitsnetz Osthessen eG
Mitgliedschaft zugelassen am:
..... Unterschrift Vorstand

2. Angaben zu den in der Praxis beschäftigten Ärzten (m/w/d)

Titel	Name	Vorname	LANR	E-Mail	Telefon	Status
						<input type="checkbox"/> Inhaber(in) <input type="checkbox"/> Arzt(in) angestellt <input type="checkbox"/> Assistenzarzt(in) in Weiterbildung
						<input type="checkbox"/> Inhaber (in) <input type="checkbox"/> Arzt (in) angestellt <input type="checkbox"/> Assistenzarzt(in) in Weiterbildung
						<input type="checkbox"/> Inhaber(in) <input type="checkbox"/> Arzt(in) angestellt <input type="checkbox"/> Assistenzarzt(in) in Weiterbildung
						<input type="checkbox"/> Inhaber(in) <input type="checkbox"/> Arzt(in) angestellt <input type="checkbox"/> Assistenzarzt(in) in Weiterbildung
						<input type="checkbox"/> Inhaber (in) <input type="checkbox"/> Arzt(in) angestellt <input type="checkbox"/> Assistenzarzt(in) in Weiterbildung

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 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.

Ort, Datum:

Unterschrift:
Zeichnungsberechtigte Person(en) der Institution