

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

## Medizinische Versorgungszentren (MVZ) - 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"/> MVZ  Anzahl der in der Praxis/MVZ vorhandenen KV Sitze .....
Postleitzahl und Wohnort:	
Telefon:	
Fax:	
E-Mail:	

2. Geschäftsführer/Geschäftsführender Inhaber Praxis	
Titel:	
Name:	
Vorname:	
Straße und Hausnummer:	Wird von der GNO-Zentrale ausgefüllt:  Mitglieds-Nr.: .....  Name der Gesellschaft:  <b>Gesundheitsnetz Osthessen eG</b>  Mitgliedschaft zugelassen am: .....
Postleitzahl und Wohnort:	
Geb.-Datum:	
Private Telefon-Nr. ggf. Mobil-Nr.:	
Betriebsstätten-Nr.:	
Lebenslange Arztnummer:	

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

Basis-Mitgliedstarif\*

Komfort-Mitgliedstarif\*

\*aktuelle Tarife, siehe beiliegende Tarifübersicht

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 bei Fälligkeit zu zahlen.

Ort, Datum: ..... Unterschrift: .....

Zeichnungsberechtigte Person(en) der Institution

### 3. Angaben zu den in der Praxis beschäftigten Ärzten

Titel	Name	Vorname	LANR	e-mail	Arzt (m, w, d)
					<input type="checkbox"/> Gesellschafter <input type="checkbox"/> Angestellt <input type="checkbox"/> in Weiterbildung
					<input type="checkbox"/> Gesellschafter <input type="checkbox"/> Angestellt <input type="checkbox"/> in Weiterbildung
					<input type="checkbox"/> Gesellschafter <input type="checkbox"/> Angestellt <input type="checkbox"/> in Weiterbildung
					<input type="checkbox"/> Gesellschafter <input type="checkbox"/> Angestellt <input type="checkbox"/> in Weiterbildung
					<input type="checkbox"/> Gesellschafter <input type="checkbox"/> Angestellt <input type="checkbox"/> in Weiterbildung
					<input type="checkbox"/> Gesellschafter <input type="checkbox"/> Angestellt <input type="checkbox"/> in Weiterbildung
					<input type="checkbox"/> Gesellschafter <input type="checkbox"/> Angestellt <input type="checkbox"/> in Weiterbildung
					<input type="checkbox"/> Gesellschafter <input type="checkbox"/> Angestellt <input type="checkbox"/> in Weiterbildung

### 4. Datenschutz

Hiermit erkläre ich/wir mich/uns einverstanden, dass die Gesundheitsnetz Ostessen 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.