

**An die**

**Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände**

**in Bayern**

**c/o AOK Bayern – Die Gesundheitskasse**

**z.Hd. DTA-Administration**

**Pestalozzistr. 8**

**95326 Kulmbach**

**Fax.nr. 09221/945-4210**

**Anlage 1 – Verbindliche Beitrittserklärung**

(1) Hiermit erkläre ich den Beitritt zu der Vereinbarung über Gebühren für Leistungen der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V) **vom 13.11.2017** mit Gültigkeit für ab 01.01.2018 erbrachte Leistungen. Ich bin Mitglied bei dem Leistungserbringerverband:

\_\_\_\_\_

(2) Ich erkläre weiterhin, dass die in den Vertragsverhandlungen erreichten Vergütungssteigerungen auch bei den Löhnen und Gehältern der im Pflegedienst angestellten Pflegekräfte angemessen berücksichtigt werden.

(3) Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, den Wechsel eines Leistungserbringerverbandes innerhalb von zwei Wochen nach Beginn der Mitgliedschaft bei dem neuen Leistungserbringerverband an die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern, c/o AOK Bayern – Die Gesundheitskasse, Telefax-Nr. 09221/945-4210, bekannt zu geben.

(4) Der Beitritt zu der o.g. Vereinbarung mit Wirkung für ab 01.01.2018 erbrachte Leistungen ist möglich, soweit diese Beitrittserklärung spätestens am **08.12.2017** bei der AOK Bayern – Die Gesundheitskasse vorliegt. Geht diese Beitrittserklärung erst nach dem **08.12.2017** bei der AOK Bayern – Die Gesundheitskasse – ein, ist der Beitritt zum 1. Tag des auf den Eingang der Beitrittserklärung folgenden Quartalsbeginnes möglich.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

**(Ort) (Datum, Unterschrift und Stempel des Pflegedienstes)**

\_\_\_\_\_

**(Institutionskennzeichen)**

**AC/TK: 31 02 471**