VERPFLICHTUNGSSCHEIN

Ich erkenne den zwischen den Vertragsparteien abgeschlossenen Vertrag vom 1. Juli 2003 in der jeweils geltenden Fassung sowie alle zur Durchführung des Vertrages getroffenen Vereinbarungen als von mir in eigener Person abgeschlossen an und verpflichte mich, diese zu erfüllen. Ein Exemplar des Vertrages nebst Anlagen habe ich erhalten.

Ich erkläre mich bereit, meinen behandlungsberechtigten Mitarbeitern die Bestimmungen des Vertrages zur Kenntnis zu bringen und deren Beachtung durch sie in geeigneter Weise zu überwachen.

Vor- und Zuname _____

Berufsbezeichnung _____

Praxisanschrift _____

IK-Nummer _____
(siehe Anschreiben)

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift des Praxisbetreibers/verantwortlichen Leiters

_____ _____
Ort, Datum Vor- und Zuname des fachlichen Leiters

_____
Unterschrift des Vorgenannten

zurück an:

*Verbände der Krankenkassen/Krankenkassen
in Hessen
c/o
Friedrichstr. 34-36

34683 Dillenburg

Anlage 1 **zum Vertrag über die Versorgung mit podologischen Leistungen in Hessen vom 14. Mai 2003**

*bis auf Weiteres