

**An die
Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen-
verbände 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) mit Gültigkeit für Leistungen ab 01.10.2015
Ich bin Mitglied bei dem Leistungserbringerverband:

(2) 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.

(3) Der Beitritt zu der o.g. Vereinbarung mit Wirkung ab 01.10.2015 ist möglich, soweit diese Beitrittserklärung spätestens am **10.10.2015** bei der AOK Bayern – Die Gesundheitskasse vorliegt. Geht diese Beitrittserklärung erst nach dem 10.10.2015 bei der AOK Bayern – Die Gesundheitskasse – ein, ist der Beitritt zum 1. Tag des auf den Eingang der Beitrittserklärung folgenden Quartalsbeginn möglich.

_____, den _____

(Ort)

(Datum, Unterschrift und Stempel des Pflegedienstes)

(Institutionskennzeichen)

AC/TK's: 31 02 451 für Dienste der freien Wohlfahrtspflege
32 02 451 für privat-gewerbliche Pflegedienst