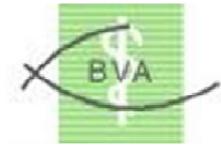


**Per Fax an  
040 3002 - 9861**



Tel: 040 3002 - 861		Beitrittserklärung zum Vertrag OV-VE-031/2010	
Mobil Krankenkasse Abrechnungsmanagement 29218 Celle		zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung entsprechend §73c SGB V zur Amblyopievorsorge	
Titel		Arzt-Nr.	
Name		Vorname	
Straße, Hausnummer			
PLZ		Ort	
Telefon		Fax	
E-Mail			

Bitte zur Sicherstellung der maschinellen Lesbarkeit in DRUCKSCHRIFT ausfüllen und innerhalb der dafür vorgesehenen Felder bleiben.  
Bei Gemeinschaftspraxen und Praxisgemeinschaften ist die separate Einschreibung jedes einzelnen Arztes erforderlich.

Erklärung:

Ich erkläre, die in der Ausschreibung aufgeführten Bedingungen für den Vertrag zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung entsprechend § 73c SGB V zur Amblyopievorsorge für und gegen mich gelten zu lassen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel der/des Ärztin/Arztes

Hinweise:

Ein Vertragsschluss kommt zu Stande mit dem Eingang des ausgefüllten Formulars der Vertragserklärung bei der Mobil Krankenkasse, Abrechnungsmanagement, 29218 Celle. Einer Bestätigung bzw. Annahme dieser Vertragserklärung durch die Mobil Krankenkasse bedarf es insoweit nicht.

Beide Vertragsparteien können die Verträge zum Ablauf des nächsten Kalendermonats (erstmalig zum 31.12.2010) nach Eingang einer Kündigung in Schriftform beenden. Ausstehende Untersuchungen haben die Vertragspartner noch zu erbringen, die Mobil Krankenkasse zu vergüten.