

Aufnahmeantrag Ärzteverein Südkreis Mettmann e. V.



Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Ärzteverein Südkreis Mettmann e.V. als

- in Einzelpraxis tätiger zugelassener Arzt / privat niedergelassener Arzt
- in Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) tätiger zugelassener Arzt / privat niedergelassener Arzt
- Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)

Zutreffendes bitte ankreuzen. Angestellte Ärzte können nicht Mitglied werden, weil sie nicht persönlich zum Notdienst verpflichtet sind.

Ich bitte um Einzug der Beiträge; SEPA-Lastschriftmandat anbei. (ohne Beitragszuschlag) - oder

Ich verpflichte mich, alle Beiträge (plus Zuschlag je Versorgungsauftrag gem. Beitragsordnung, aktuell 10 €) nach Rechnungsstellung auf das Konto des Vereins zu überweisen. Bei Zahlungsverzug verpflichte ich mich zur Zahlung der Mahnkosten gemäß der Beitragsordnung.

KV-BSNR der EP, BAG, des MVZ: _____

KV-LANR des Arztes / des ärztl. Leiters des MVZ: _____

Name, Vorname / MVZ: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon Praxis: _____

Fax: _____

Privatanschrift: Straße, Hausnummer: _____

Privatanschrift: PLZ, Ort: _____

Zusätzliche Pflichtangaben, ohne die keine Aufnahme erfolgt:

Mobil-Telefon: _____

Mail: _____

Meine Praxis / unsere BAG / das MVZ hält folgende Zahl von vertragsärztlichen Versorgungsaufträgen (vertragsärztliche Zulassungen, angestellte Ärzte, ohne Weiterbildungsassistenten), unabhängig von deren aktueller Besetzung.



Bei ortsübergreifenden BAG und MVZ ist maßgeblich nur die Zahl der dem Bereich der Städte Erkrath, Haan, Hilden, Langenfeld, Monheim und Solingen zugeordneten vertragsärztlichen Versorgungsaufträge,

Von Satzung, Beitragsordnung und den auf der Homepage des Vereins nachzulesenden Richtlinien der Mitgliederversammlung habe ich Kenntnis genommen. **Ich verpflichte mich, bei Änderungen der obigen Verhältnisse den Verein unverzüglich zu informieren, insbesondere bei Erhöhung der Zahl der Versorgungsaufträge.** Mein Einverständnis hinsichtlich Speicherung und Verwendung meiner persönlichen Daten (vgl. Anlage 1) füge ich bei.

Ort, Datum: _____

Stempel, Unterschrift

1. Erklärung zum Datenschutz:

Nach den Vorgaben der Gemeinsamen Notdienstordnung (NDO) ist der eingeteilte Arzt für die Wahrnehmung des Notdienstes verantwortlich. Das bedeutet u.a., dass er auch dann verantwortlich ist, wenn ein Vertreter zum Notdienst nicht erscheint oder ausfällt, aus welchen Gründen auch immer.

Bei der letzten Änderung ist eine Vorschrift in die NDO aufgenommen worden, dass die KV Nordrhein einen Aufwandsersatz in Höhe von umgerechnet 125 € pro ausfallende Dienststunde fordern und vom Honorar einbehalten kann. Bei einem 14-stündigen Wochenenddienst sind das immerhin 1.750,00 €.

Um Sie erreichen zu können, wenn Sie einen Dienst selbst wahrnehmen wollten, sich aber verspäten oder ihn vergessen haben, oder wenn ein Vertreter nicht erscheint oder ausfällt, benötigen wir alle möglichen Kontaktdaten von Ihnen. Wir müssen z.B. abklären, ob Sie den Dienst selbst wahrnehmen können und wollen, oder ob Sie eine Prämie als Anreiz ausloben wollen, für einen Vertreter, der kurzfristig den vakanten Dienst zu übernehmen bereit ist.

Ihre Kontaktdaten werden vom Verein unter Beachtung des Datenschutzes gespeichert und verarbeitet. Sie werden in einer Liste zusammengeführt, auf die der Koordinator der Notdienstpraxis (NDP), die leitende MTA der NDP Langenfeld, sowie der Vorstand, der Beirat und die Angestellten des Vereins Zugriff haben.

Außerdem wird eine Kopie Ihrer Kontaktdaten in die Box in der NDP gelegt, die Ihren Stempel und Kassenrezepte enthält, damit auch nachts oder am Wochenende die diensthabende MFA der NDP oder der Fahrer Sie erreichen können, falls es mit Ihrem Notdienst Probleme geben sollte.

Mit der Unterzeichnung und Rücksendung erklären Sie sich damit einverstanden.

Ort, Datum:

Stempel, Unterschrift

2. SEPA-Lastschriftmandat:

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE27ZZZ00000679647 (Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige den Ärzteverein Südkreis Mettmann e.V., Langenfeld, alle fälligen Zahlungen vom Konto

der Praxis der BAG des MVZ mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Ärzteverein auf dieses Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Über dieses Konto werden die Beiträge für alle Versorgungsaufträge der o.g. Betriebsstätten-Nummer eingezogen (für alle zugelassenen und angestellten Ärzte in Einzelpraxen, BAG und MVZ).

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber

IBAN

Geldinstitut

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoverfügberechtigten
