

(Vor- und Zuname des Antragstellers bzw. genaue Firmenbezeichnung)	Anschrift der Praxis
(Berufsbezeichnung)	(Straße/Hausnummer)
(Vor- und Zuname des fachl. Leiters)	(Postleitzahl/Ort)
(Berufsbezeichnung des fachl. Leiters)	(IK der Praxis)
Sind Sie Mitglied eines Berufsverbandes?	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	(ggf. Name des Berufsverbandes)

Anerkenntnis-Erklärung Podologie Mecklenburg-Vorpommern

Hiermit erkenne ich die gemäß § 125 Abs. 2 SGB V in der Fassung vom 10.05.2019 vereinbarten, nachfolgend angeführten Versorgungsverträge in der jeweils geltenden Fassung einschließlich deren Anlagen an:

vdek als gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis mit

- dem Verband Deutscher Podologen (**VDP**),
Verband staatlich geprüfter und staatlich anerkannter medizinischer Fußpfleger und Podologen e.V.,
- dem Verband der Podologen und Fußpfleger Deutschlands e.V. (**ZFD**)

der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse, dem BKK Landesverband NORDWEST, der IKK NORD, der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) und der Knappschaft mit

- dem Verband Deutscher Podologen (**VDP**),
Verband staatlich geprüfter und staatlich anerkannter medizinischer Fußpfleger und Podologen e.V.,
- dem Verband der Podologen und Fußpfleger Deutschlands e.V. (**ZFD**)

Die Anerkennung der für die Versorgung der Versicherten aller gesetzlichen Krankenkassen geltenden Verträge ist nach § 124 Abs. 1 Nr. 3 SGB V eine Zulassungsvoraussetzung.

Meine/unsere vertraglichen Pflichten sind mir/uns bekannt. Die Verträge gelten nur in Verbindung mit der erteilten Zulassung. Änderungen im Zusammenhang mit der Zulassung sowie der vertraglichen Regelungen werde(n) ich/wir der ARGE Heilmittelzulassung Mecklenburg-Vorpommern unverzüglich schriftlich mitteilen.

Die Informationen über die Verarbeitung meiner Daten gemäß Artikel 13, 14 der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) und der mir daraus zustehenden Rechte habe ich auf der Webseite ARGE unter „Datenschutz“ zur Kenntnis genommen
www.zulassung-heimittel.de/datenschutz.html

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers