
(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?

ja

nein

(ggf. Name des Berufsverbandes)

Anerkenntnis-Erklärung Podologie Sachsen-Anhalt

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

AOK Sachsen-Anhalt, BKK-Landesverband Mitte, IKK-gesund plus, KNAPPSCHAFT, Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) (jeder Verband verfügt über einen eigenständigen Vertrag) mit

dem Verband Deutscher Podologen (VDP) und
dem Verband der Podologen und Fußpfleger Deutschlands e.V. (ZFD)

vdek als gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis der Ersatzkassen mit

dem Verband Deutscher Podologen (VDP) und
dem Verband der Podologen und Fußpfleger Deutschlands e.V. (ZFD)

Die Anerkennung der für die Versorgung der Versicherten der 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 Sachsen-Anhalt 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-heilmittel.de/datenschutz.html

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers