

Bitte zurücksenden an:

Aerztegesellschaft des Kantons Bern  
Amthausgasse 28  
3011 Bern



ÆRZTEGESELLSCHAFT  
DES KANTONS BERN  
SOCIÉTÉ DES MÉDECINS  
DU CANTON DE BERNE

**FMH-Nr:**

**Name:**

**Ort:**

## Beitrittserklärung für Mitglieder der Aerztegesellschaft des Kantons Bern

### Kantonale Anschlussverträge (AV) zum Rahmenvertrag TARMED (RV)

Ich erkläre hiermit den Beitritt zum kantonalen Anschlussvertrag TARMED santésuisse sowie zum kantonalen Anschlussvertrag TARMED HSK und bestätige, dass ich vom Inhalt des Rahmenvertrags und der Anschlussverträge Kenntnis habe.

Ort und Datum

Unterschrift und Praxisstempel (falls vorhanden)

.....

.....