

Bitte im Doppel zurücksenden an:

Aerztegesellschaft des Kantons Bern
Postgasse 19
Postfach
3000 Bern 8



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

.....

.....