

## KV Nordrhein

Abteilung Qualitätssicherung

40182 Düsseldorf

Fax: 0211 5970 33273

E-Mail: Fluechtlinge-Teilnahmeerklaerungen@kvno.de

Titel	Vorname	Name
Straße/Nr.		PLZ/Ort
Telefon-Nr.		Fax-Nr.
Lebenslange Arzt-Nr. (LANR)		Betriebsstätten-Nr. (BSNR)
E-Mail:		
Bankverbindung		
Steuer-ID		

**Hiermit beantrage ich die Teilnahme am Vertrag über die Durchführung der Erstuntersuchung ukrainischer Vertriebener in Landesaufnahmen und auf kommunaler Ebene zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe und dem Land NRW.**

1. Mir sind die Ziele und Pflichten aus dem Vertrag einschließlich der Anlage 1 bekannt und ich verpflichte mich zur Einhaltung dieser sowie aller Regelungen des Vertrages in der jeweils gültigen Fassung.
2. Mir ist bekannt, dass die Abrechnung von Leistungen, die im Rahmen des Vertrages erbracht werden, nicht dem Patienten selbst, sondern ausschließlich gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung in Rechnung gestellt werden dürfen.
3. Ich bin mit der Weitergabe meines Namens, meiner Anschrift, Fax-/Telefonnummer, E-Mail-Adresse an das Land Nordrhein-Westfalen, die jeweilige Bezirksregierung und die entsprechende Flüchtlingseinrichtung einverstanden.

---

Ort, Datum

---

(Arztstempel und Unterschrift)