An die

KV Thüringen
Hauptabteilung Vertragswesen
Zum Hospitalgraben 8
99425 Weimar

Fax: 03643/559 138

-Beitrittserklärung-

Vertrag zur Durchführung des Tabakentwöhnungsprogrammes „Rauchfrei durchatmen“ nach § 43 SGB V

.....

Name der Krankenkasse IK/ VKNR

.....

Anschrift

.....

Ansprechpartner Telefon/Fax

.....

Ansprechpartner E-Mail-Adresse

.....

Beitritt zum

Hiermit treten wir den Vertrag „Rauchfrei durchatmen“ zwischen der AOK PLUS, der KVT und dem Berufsverband der Pneumologen, Schlaf- und Beatmungsmediziner in Thüringen e. V. vom 17.12.2019 in der jeweils aktuell geltenden Fassung bei. Ein Exemplar des o. g. Vertrages inkl. Anlagen haben wir erhalten.

Wir erklären uns bereit, die sich für uns aus diesem Vertrag ergebenden Pflichten ordnungsgemäß und mit größter Sorgfalt einzuhalten und zu erfüllen. Weiter erklären wir uns bereit, dass wir spätere Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages sowie dessen Anlagen ohne weitere Anerkennung gegen uns gelten lassen, soweit wir hierüber informiert wurden und nicht innerhalb von vier Wochen von unserem hiermit eingeräumten Sonderkündigungsrecht Gebrauch gemacht haben.

Ort, Datum Unterschrift, Stempel der Krankenkasse