

## Zustimmung zum IV/MV/UV-Vertrag

zwischen BSV (Bundesamt für Sozialversicherung), MTK (Medizinaltarif-Kommission UVG) und **SBAP**.

Ich wünsche dem Vertrag zwischen der IV/MV/UV und dem **SBAP** beizutreten. Ich habe den Vertragstext im Anhang erhalten und zur Kenntnis genommen.

Name:.....

Vorname:.....

Fachtitel:.....

Praxisanschrift:.....

PLZ / Ort:.....

GLN Nr. ....

Tel. Praxis:.....

Tel. Privat: .....

Ort und Datum:.....

Unterschrift:.....

„Dem Antrag ist die kantonale Berufsausübungsbewilligung oder eine Bestätigung beizulegen, dass die Anforderungen des Kantons an die Berufsausübung definitiv erfüllt sind“ (Art. 2.2., Absatz 1 des Vertrags).

Bitte ausgefüllt an die **SBAP** Geschäftsstelle zurücksenden.