

## Aufnahmeantrag Leipziger Gesundheitsnetz e.V.

Hiermit stelle ich einen Antrag auf Aufnahme in den Leipziger Gesundheitsnetz e.V. mit Wirkung vom Ersten des Monats nach Annahme des Antrags. Die Satzung wurde mir bekannt gegeben und ausgehändigt. Die Kommunikation im Leipziger Gesundheitsnetz e.V. erfolgt in Form von E-Mails. Den Mitgliedsbeitrag und die einmalige Aufnahmegebühr zahle ich per Lastschrift. Das SEPA-Lastschriftmandat und weitere Stammdaten erfassen wir nach Bestätigung Ihres Aufnahmeantrages durch den Vorstand separat.

\_\_\_\_\_  
Titel, Vorname, Nachname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Fachrichtung

\_\_\_\_\_  
Zusatzbezeichnung und Schwerpunkte

\_\_\_\_\_  
Private E-Mail-Adresse Mitglied für Weiterleitung  
(nicht öffentlich)

\_\_\_\_\_  
Öffentliche E-Mail-Adresse der Praxis  
(optional)

\_\_\_\_\_  
Arztnummer (LANR)

\_\_\_\_\_  
Betriebsstättennummer (BSNR)

\_\_\_\_\_  
Praxisanschrift – Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Privatanschrift – Straße, Hausnummer, PLZ, Ort (nicht öffentlich)

### Ist Ihre Praxis bereits an das KV-SafeNet angeschlossen?

Ja

Nein; **ABER** aufgrund der Netzanerkennungs- und Förderkriterien, denen das Leipziger Gesundheitsnetz e.V. seit der Zertifizierung durch die KV-Sachsen unterliegt, **verpflichte ich mich** gegenüber dem Netzmanagement spätestens zum Ende des Folgequartals nach der Aufnahme per Kopie meinen KV-SafeNet-Anschlussvertrag per Fax oder E-Mail nachzuweisen.

Ich habe die Datenschutzerklärung (Stand: 12.10.2018) des Leipziger Gesundheitsnetz e.V. empfangen, gelesen und bin damit einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift / Praxisstempel

