

Anlage 1: Beitrittserklärung zur Kooperationsvereinbarung zwischen der AOK PLUS, dem Sächsischen Sportärztebund e. V. und dem Thüringer Sportärztebund e. V.

Titel:	
Name:	
Vorname:	
Facharztbezeichnung:	
Zusatzbezeichnung Sportmedizin: erteilt am:	
durch die Landesärztekammer (Kopie beilegen):	
Ich bin Mitglied im Sächsischen Sportärztebund e. V. Thüringer Sportärztebund e. V. anderer Sportärztebund	<input type="checkbox"/> ja Mitgliedsnummer: SX _____ <input type="checkbox"/> ja Mitgliedsnummer: TH _____ _____ Mitgliedsnummer
Praxis-/Dienstanschrift (Straße, PLZ, Ort):	
Telefon:	
E-Mail-Adresse:	
Internetseite:	
lebenslange Arztnummer:	
Betriebsstättennummer:	
Durchführung Module	<input type="checkbox"/> Modul 1 <input type="checkbox"/> Modul 2 <input type="checkbox"/> Modul 3

(alle Angaben sind Pflichtangaben)

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit meiner Angaben und ausdrücklich, dass ich gemäß der Kooperationsvereinbarung zur Gewährleistung einer einheitlichen und qualitätsgerechten Umsetzung und Durchführung von sportmedizinischen Untersuchungen durch Ärzte gemäß § 11d der Satzung der AOK PLUS die genannten vereinbarten Grundsätze beachten und befolgen werde. Ich bin bereit, in meinen Praxisräumen mit den Materialien der AOK PLUS auf das Angebot aufmerksam zu machen.

Datum, Unterschrift, Stempel

Bitte Rücksendung an:

Sachsen: Privatpraxis für Orthopädie und Sportmedizin Dr. Axel Klein, Oskar-Maule-Straße 6, 01156 Dresden oder Fax 0351 337730

Thüringen: Thüringer Sportärztebund e. V., c/o LS für Sportmedizin und Gesundheitsförderung, Friedrich-Schiller-Universität Jena, Wöllnitzer Straße 42, 07749 Jena