

Anlage B-7: Beitrittserklärung Facharzt als Netzwerkpartner

Die Erklärung für den Beitritt als Netzwerkpartner ist vom beitretenden Facharzt gegenüber dem Netzwerkzentrum oder der nNGM-Geschäftsstelle in Vertretung der teilnehmenden Netzwerkzentren abzugeben. Die teilnehmenden Krankenkassen und Netzwerkzentren erhalten eine Information über die beigetretenen Netzwerkpartner von der nNGM-Geschäftsstelle. Eine Liste aller Netzwerkpartner ist außerdem auf www.nngm.de abrufbar.

Beitrittserklärung Facharzt

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Tel.-Nr.: _____

Fax-Nr.: _____

E-Mail: _____

Betriebsstättennummer (BSNR): _____

- Facharzt für Pneumologie
- Facharzt für Hämatologie/Onkologie
- Facharzt für Herz- und Thoraxchirurgie

Hiermit trete ich der Beitrittsvereinbarung über „Implementierung von molekularer Diagnostik und personalisierter Therapie bei Lungenkrebs im nationalen Netzwerk Genomische Medizin“ bei. Eine Ausfertigung der Beitrittsvereinbarung habe ich erhalten und verpflichte mich, diese in allen Punkten zu erfüllen.

Ich erkläre, dass ich die geforderten Voraussetzungen gemäß Anlage B-4 der Vereinbarung erfülle. Falls die Krankenkassen es verlangen, werde ich Nachweise zum Facharztstatus und über aktuelle Weiterbildungen vorlegen.

Die Teilnahme beginnt mit dem Tag meiner Unterschrift auf dieser Beitrittserklärung und Schulung durch die nNGM-Geschäftsstelle oder das Netzwerkzentrum. Die Krankenkassen haben das Recht, nach Übermittlung des Beitritts, dem Beitritt aus inhaltlichen Gründen zu widersprechen oder die Aufhebung zu verlangen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Kontaktdaten gemäß Anlage B-6 an die nNGM-Geschäftsstelle weitergeleitet, zentral gespeichert und für die Erfüllung aller projektbezogenen Zwecken von den teilnehmenden Netzwerkzentren und Krankenkassen verwendet werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes und Praxisstempel