

Anlage B-8: Beitrittserklärung Krankenhaus 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 Krankenhaus

Name des Krankenhauses: _____

Anschrift: _____

Name, Vorname des Ansprechpartners: _____

Tel.-Nr. des Ansprechpartners: _____

Fax-Nr.: _____

E-Mail des Ansprechpartners: _____

Lebenslange Arztnummer (LANR) – falls vorhanden - : _____

IK des Krankenhauses: _____

Hiermit tritt das o. a. Krankenhaus der „Vereinbarung über die Implementierung von molekularer Diagnostik und personalisierter Therapie bei Lungenkrebs im nationalen Netzwerk Genomische Medizin“ bei. Eine Ausfertigung der Vereinbarung wurde ausgehändigt.

Das Krankenhaus erklärt, dass es die geforderten Voraussetzungen gemäß Anlage B-4 der Vereinbarung erfüllt. Falls die Krankenkassen es verlangen, wird das Krankenhaus Nachweise vorlegen.

Die Teilnahme beginnt mit dem Tag der 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.

Das Krankenhaus erklärt sich einverstanden, dass die offiziellen Kontaktdaten an die nNGM-Geschäftsstelle weitergeleitet, zentral gespeichert und für die Erfüllung aller projektbezogenen Zwecken von den teilnehmenden Netzwerkzentren und Krankenkassen verwendet werden. Darüber hinaus wird sich jeder Mitarbeiter des Krankenhauses gemäß Anlage B-6 einzeln einverstanden erklären, dass seine Kontaktdaten 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/Stempel des Krankenhauses