



Beitrittserklärung

zu einem oder mehreren kantonalen Taxpunktwertverträgen für Hebammenleistungen vom 1. Mai 2015

mit den tarifsuisse ag angeschlossenen, vertragschliessenden Krankenversicherern

<p>1. Ich trete den kantonalen Taxpunktwertverträgen für Hebammenleistungen derjenigen Kantone bei, welche rechts angekreuzt wurden:</p> <p>Die Bedingungen der Verträge wie des Vertragsbeitritts (Taxpunktwert, Gebührenregelung, Datenaustausch zwischen den Vertragsparteien, Rücktritts-Modalitäten etc.) werden explizit anerkannt und die Angaben in diesem Formular als richtig erklärt. Anerkannt wird auch der Vertrag vom 28. Dezember 1995 betreffend die Tarifstruktur mit Anhängen (Tarifverzeichnis und Richtlinien).</p>	<input type="checkbox"/> ZH <input type="checkbox"/> BE <input type="checkbox"/> LU <input type="checkbox"/> UR <input type="checkbox"/> SZ <input type="checkbox"/> OW <input type="checkbox"/> NW	<input type="checkbox"/> GL <input type="checkbox"/> ZG <input type="checkbox"/> FR <input type="checkbox"/> SO <input type="checkbox"/> BS <input type="checkbox"/> BL <input type="checkbox"/> SH	<input type="checkbox"/> AR <input type="checkbox"/> AI <input type="checkbox"/> SG <input type="checkbox"/> GR <input type="checkbox"/> AG <input type="checkbox"/> TG <input type="checkbox"/> TI	<input type="checkbox"/> VD <input type="checkbox"/> VS <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> GE <input type="checkbox"/> JU
--	---	---	---	---

<p>2. Angaben zur Verbandsmitgliedschaft</p>	<input type="checkbox"/>	Ich bin Mitglied einer Sektion des Schweizerischen Hebammenverbands und stimme einer Datenübermittlung (Beitritt / Rücktritt) an den SHV zu.
	<input type="checkbox"/>	Ich bin nicht Verbandsmitglied und nehme zur Kenntnis, dass für den Beitritt zum Vertrag vom 28. Dezember 1995 (Tarifstruktur) zusätzliche Beitrittsgebühren und jährliche Unkostenbeiträge anfallen. Meine Daten werden dem SHV nicht weitergeleitet.

<p>3. Angaben zur Hebamme</p>	Daten Antragsteller <i>(alle Felder sind Pflichtfelder)</i>
	Zulassung im Kanton (vgl. Ziff. 1)
	(alle) ZSR-Nrn.
	GLN-Nr. (falls vorhanden) <small>(ehem. EAN-Code)</small>
	Name
	Vorname
	Adresse
	PLZ Ort
	E-Mail
	Telefon

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Bitte senden Sie das Beitrittsformular per Post an folgende Adresse:

- **Verbandsmitglieder:** Schweizerischer Hebammenverband, Rosenweg 25C, Postfach 3000 Bern 23
- **Nicht-Verbandsmitglieder:** tarifsuisse ag, Generalsekretariat, Römerstrasse 20, 4502 Solothurn