

**Beitrittserklärung für Ärzte, die nicht Mitglied der KVN sind  
zum Vertrag zur Durchführung der ärztlichen Leistungen im Rahmen der  
Schutzimpfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 in Impfzentren des Landes  
Niedersachsen  
zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen und dem Land Niedersachsen**

(bitte ausgefüllt und unterschrieben zurücksenden  
an KVN Fax Nr.: 0511/380-4600)

- 1) In Kenntnis der Vertragsinhalte erkläre ich hiermit meinen Beitritt zum Vertrag zur Durchführung der ärztlichen Leistungen im Rahmen der Schutzimpfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 in Impfzentren des Landes Niedersachsen.

**Name:** \_\_\_\_\_

**Praxisanschrift:** \_\_\_\_\_

**Ansprechpartner:** \_\_\_\_\_

**Telefon/ Fax:** \_\_\_\_\_

**IBAN:** \_\_\_\_\_

**E-Mail:** \_\_\_\_\_

- 2)  Ich bin Mitglied der Ärztekammer Niedersachsen.  
Ich erkläre, dass ich approbierter Arzt bin und willige ein, dass die KVN das Vorhandensein meiner Approbation bei der Ärztekammer Niedersachsen verifizieren und die Ärztekammer Niedersachsen die entsprechenden Auskünfte erteilen darf. Diese Einwilligung erkläre ich freiwillig und kann sie jederzeit ohne Angabe von Gründen gegenüber der KVN für die Zukunft ganz oder teilweise widerrufen.
- Ich bin **nicht** Mitglied der Ärztekammer Niedersachsen.  
Ich erkläre, dass ich approbierter Arzt bin und habe die Approbationsurkunde beigelegt.
- 3) Mit dieser Beitrittserklärung verpflichte ich mich zur Einhaltung sämtlicher Regelungen des Vertrages zur Durchführung der ärztlichen Leistungen im Rahmen der Schutzimpfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 in Impfzentren des Landes Niedersachsen in der jeweils geltenden Fassung.
- 4) Mir ist bekannt, dass der Beitritt freiwillig ist. Die Teilnahme endet mit Widerruf oder Schließung der Impfzentren.
- 5) Der Beitritt gilt nur als wirksam erklärt, wenn die Erklärung vollständig ausgefüllt der KVN zugegangen ist. Mit deren Bestätigung tritt der Beitritt in Kraft und berechtigt zur Durchführung und Abrechnung der Leistungen mit der KVN nach deren Vorgaben.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des teilnehmenden Arztes