

# Antrag auf Aufnahme in die MEDI GbR \_\_\_\_\_

Hiermit beantrage ich,

(Titel, Vorname, Name, Gebietsbezeichnung und Schwerpunktbezeichnung nach der Weiterbildungsordnung)

(Praxisanschrift, Stempelnummer)

meine Aufnahme in den Ärztlichen Praxisverbund MEDI GbR als ärztlicher Gesellschafter. Die Aufnahme wird mit schriftlicher Erklärung der Geschäftsführung der MEDI GbR wirksam.

Ich erkläre, daß ich

1. als Vertragsarzt, als ermächtigter Arzt, als Krankenhausarzt oder als sonstiger Teilnehmer an der vertragsärztlichen Versorgung im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin niedergelassen bzw. tätig bin,
2. zur aktiven Teilnahme an Qualitätszirkeln bereit bin,
3. der Aufnahme weiterer ärztlicher Gesellschafter in die MEDI GbR unwiderruflich zustimme.

Mit der Aufnahme erkenne ich die Regelungen in folgenden Unterlagen als für mich verbindlich an:

- Gesellschaftsvertrag der MEDI GbR mit Anlagen 1 - 5

Mit dem Beitritt bevollmächtige ich die MEDI GbR ausdrücklich, mir durch Gesetz im Rahmen der ärztlichen Versorgung eingeräumte persönliche Verhandlungs- und Abschlußbefugnisse für mich wahrzunehmen und für mich insoweit bindende Verträge im Rahmen der Zielsetzung der MEDI GbR abzuschließen. Die Bevollmächtigung umfaßt auch ausdrücklich das Recht, diese Verhandlungs- und Abschlußvollmacht weiter zu übertragen, insbesondere auf die MEDI Verbund Berlin GmbH und die Kassenärztliche Vereinigung Berlin.

Berlin, den

(Unterschrift)

# Beitrittserklärung zur Ärzteinitiative Berlin

Hiermit beantrage ich,

(Titel, Vorname, Name)

(Gebietsbezeichnung und Schwerpunktbezeichnung nach der Weiterbildungsordnung)

(Praxisanschrift, Stempelnummer)

meine Aufnahme in die Ärzteinitiative Berlin.

Berlin, den \_\_\_\_\_ (Unterschrift)

*Bitte (faxen **88709974** und) senden an: Medi-Verbund c/o HWS, Bleibtreustr. 24, 10707 Berlin*