Muster-Beitrittserklärung

Anlage 1 zur Kooperationsvereinbarung zwischen

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

vom ……………………………………………………………………………………………

Die Klinik (…) und die niedergelassenen Ärzte (…) haben sich mit Kooperationsvereinbarung vom (…) zu einem Weiterbildungsverbund zusammengeschlossen.

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt am Weiterbildungsverbund (…).

Mir ist bekannt, dass der Organisator des Weiterbildungsverbundes die bisherigen Vertragspartner der Kooperationsvereinbarung vom …………………… über meine Beitrittserklärung unverzüglich informiert und dass die bisherigen Vertragspartner vier Wochen nach Eingang dieser Information die Möglichkeit haben, meinen Antrag zu prüfen und ggf. vorhandene Einwände gegen meinen Beitritt zum Kooperationsvertrag beim Organisator des Weiterbildungsverbundes schriftlich geltend zu machen.

Mir ist auch bekannt, dass ich erst dann zur Teilnahme berechtigt bin, wenn ich vom Organisator des Weiterbildungsverbundes eine Annahmeerklärung in Schriftform erhalten habe, aus der sich ergibt, dass der Beitritt wirksam ist und ich zur Teilnahme am Vertrag berechtigt bin. Im Fall der Ablehnung erhalte ich vom Organisator des Weiterbildungsverbundes die Gründe schriftlich mitgeteilt.

Ich verpflichte mich mit dem Wirksamwerden meines Beitritts zur Kooperationsvereinbarung zur Einhaltung der in der Kooperationsvereinbarung vom ……………….. geregelten Vorschriften.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name, Vorname **(Teilnehmer)** Unterschrift (Stempel)