(Vor- und Zuname des Antragstellers
bzw. genaue Firmenbezeichnung)

Anschrift der Praxis

(Berufsbezeichnung)

(Straße/Hausnummer)

(Vor- und Zuname des fachl. Leiters)

(Postleitzahl/Ort)

(Berufsbezeichnung des fachl. Leiters)

(IK der Praxis)

Sind Sie Mitglied eines Berufsverbandes?

☐ ja ☐ nein

(ggf. Name des Berufsverbandes)

Anerkenntnis-Erklärung Stimm-, Sprech, Sprachtherapie (vdek)

Mit meiner Auswahl erkenne ich den zwischen dem vdek als gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis geschlossenen Vertrag gemäß § 125 Abs. 2 SGB V einschließlich der Anlagen und der für den Sitz meiner Praxis gültigen Vergütungsvereinbarung mit **(bitte entsprechend ankreuzen. Sie können nur ein Kreuz setzen.**)

O dem Deutschen Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen - Lehrervereinigung Schlaffhorst-Andersen (dba) e.V., Hamburg, dem Deutschen Bundesverband für Logopädie (dbl) e.V., Frechen und dem Deutschen Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten (dbs) e.V., Moers

oder

O LOGO Deutschland e. V.

oder dem

O Verband Deutscher Logopäden und Sprachtherapeutischer Berufe (VDLS e. V.)

in der jeweils geltenden Fassung an.

Die Anerkennung der für die Versorgung der Versicherten der Ersatzkassen geltenden Verträge ist nach § 124 Abs. 2 Nr. 3 SGB V eine Zulassungsvoraussetzung.

Die Verträge und die Vergütungsvereinbarungen gemäß § 125 SGB V habe ich zur Kenntnis genommen.

Meine/unsere vertraglichen Pflichten sind mir/uns bekannt. Die Verträge gelten nur in Verbindung mit der erteilten Zulassung. Änderungen im Zusammenhang mit der Zulassung sowie der vertraglichen Regelungen werde(n) ich/wir der vdek-Landesvertretung unverzüglich schriftlich mitteilen.

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers