

An die:

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen  
Hauptabteilung Vertragswesen  
Zum Hospitalgraben 8  
99425 Weimar

## Beitrittserklärung für Krankenkassen

Name der Krankenkasse:	
VKNR	
Vorstand	
Anschrift	
Ansprechpartner zum Vertrag	
Telefon	
Fax	
E-Mail	
Beitritt zum:	

**Hiermit treten wir dem Vertrag nach § 140a SGB V zur fachärztlichen Behandlung onkologischer Patienten mittels mpMRT der Prostata zwischen der AOK PLUS und der KVT vom 08.12.2021 in der jeweils aktuell geltenden Fassung bei. Ein Exemplar des o. g. Vertrages nebst allen Anlagen haben wir erhalten.**

Wir erklären uns bereit, die sich für uns aus diesem Vertrag ergebenden Pflichten ordnungsgemäß und mit größter Sorgfalt einzuhalten und zu erfüllen. Weiter erklären wir uns bereit, dass wir spätere Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages sowie dessen Anlagen ohne weitere Anerkennung gegen uns gelten lassen, soweit wir hierüber informiert wurden und innerhalb von vier Wochen nicht von unserem hiermit eingeräumten Sonderkündigungsrecht Gebrauch gemacht haben.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift