

**Anlage 1 - Vertragserklärung**



**BKK Mobil Oil**

Abrechnungsmanagement  
29218 Celle

Faxnummer: 05141-159861

E-Mail: Abrechnungsmanagement@bkk-mobil-oil.de

**Vertragserklärung der Ärztin / des Arztes zur Integrierten Versorgung gemäß §§ 140a ff. SGB V zur Diagnostik von Versicherten mit Mammakarzinom mittels Biomarker-Test uPA/PAI-1**

Mit der Unterzeichnung der Vertragserklärung versichere ich, dass mir der Vertrag zur Integrierten Versorgung gemäß §§ 140a ff. SGB V zur Diagnostik von Versicherten mit Mammakarzinom mittels Biomarker-Test uPA/PAI-1 inklusive der bezeichneten Anlagen vorliegen, ich diese zur Kenntnis genommen habe und alle darin genannten Bedingungen erfülle.

Ich bin mit der Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen und der Veröffentlichung meines Namens im Verzeichnis der teilnehmenden Frauenärzte durch den Berufsverband und die Krankenkasse einverstanden.

|             |  |
|-------------|--|
| Praxisname: |  |
| Anschrift:  |  |
| Telefon:    |  |
| Telefax:    |  |

|                                 |               |
|---------------------------------|---------------|
|                                 | Praxisstempel |
| <b>Ort, Datum, Unterschrift</b> |               |