

**Bitte an das
Altonaer KinderKrankenhaus
faxen
FAX: 040-88908-560**

**Ansprechpartner:
Herr Dr. Martin Richter 040 / 88 908 - 504**

Beitrittserklärung

Die < Name Krankenkasse >

Kassen-IK: _____

(Bitte mit angeben!)

tritt dem Vertrag zur Integrierten Versorgung nach § 140 a SGB V

zwischen dem

Altonaer Kinderkrankenhaus

und dem

**BKK Philips
Röntgenstr. 24, 22335 Hamburg**

bei und erkennt die geltenden vertraglichen Regelungen des Vertrages sowie deren Vergütungen an.

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel