

Rationelle Arztpraxis e.V.
Felix-Dahn-Str. 43

Faxanmeldung
07 11 · 97 63 98

70597 Stuttgart

Teilnahmeantrag Ärztemodell und Qualitätsmanagement

Unsere Praxis tritt hiermit dem „**Ärztemodell – Sicherheit und Gesundheitsschutz**“ bei.

Die „Rationelle Arztpraxis e.V.“, in diesem Modell zuständig für die Organisation, verpflichtet die IAS, Institut für Arbeits- und Sozialhygiene Stiftung, Hauptsitz: Steinhäuserstraße 19, 76135 Karlsruhe, die „**betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung**“ als Kompetenzpartner im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben und der finanziellen Ressourcen durchzuführen.

Beitritt und Auftrag treten mit Unterzeichnung in Kraft. Sie werden auf unbestimmte Zeit geschlossen und können von jedem Vertragspartner mit einer Frist von 6 Monaten zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden. Die Kündigung bedarf zu ihrer Rechtswirksamkeit der Schriftform und hat seitens des Arztes direkt gegenüber der „Rationellen“ zu erfolgen.

Sollten Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam oder undurchführbar sein oder werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen nicht berührt. Mündliche Nebenabreden bestehen nicht. Änderungen oder Ergänzungen dieses Auftrages bedürfen zu ihrer Rechtswirksamkeit der Schriftform.

Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme am „Ärztemodell – Sicherheit und Gesundheitsschutz“. Die Kündigungsfrist beträgt 6 Monate. Die Kündigung ist jeweils zum Schluss des Kalenderjahres möglich. Meine angegebenen Daten dürfen zu diesem Zweck von der Rationelle Arztpraxis e.V. und den Betreuungspartnern gespeichert, verarbeitet und genutzt werden. Ich kann das Einverständnis jederzeit formfrei widerrufen.

Leistungspaket Ärztemodell

- Praxis-Homepage Web-Visitenkarte
- Arbeitsschutzbetreuung
- Arbeitsschutz-Workbook
- Komplex-Betreuung
- Checklisten
- Orga-Hilfen
- Gesetze und Auslegungspflichtige Vorschriften
- Unternehmensschulung
- Hotline

Kostengünstige

- Arbeitsmedizinische Vorsorge
- Vor Ort-Begehung durch Sicherheitsingenieur oder Arbeitsmediziner

Titel/Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

PLZ/Ort _____

Straße _____

Telefon _____ Fax _____

E-Mail _____

Ja, bitte senden Sie mir den Newsletter per E-Mail zu.

Mitglied (Nummer) _____

Arzt **Zahnarzt** **Tierarzt**

Fachrichtung _____

BGW-Betriebsnummer _____

Anzahl der Beschäftigten _____

Niedergelassen seit _____

Stempel _____

SEPA-Lastschriftverfahren

Teilnahmeerklärung & Bankeinzug werden mit nur einer Unterschrift vereinbart.

Der Verein „Rationelle Arztpraxis e.V.“, (Gläubiger-ID: DE78ZZZ00000112152) Stuttgart wird ermächtigt, den fälligen Mitglieds- und Arbeitschutzbeitrag vom nachfolgend näher bezeichneten Konto abzubuchen. Teilnahmeerklärung und SEPA-Lastschriftverfahren werden mit nur einer Unterschrift vereinbart.

Zahlungsweise: jährlich 48,- €, 2. KW im Jahr Mitgliedsbeitrag und 23,50 € inkl. MwSt. für Checklisten-Papierpaket. Bedarfsorientierte Begehungen werden nach Aufwand abgerechnet. Der Arbeitsschutzbeitrag kann durch Betreuungspartner eingezogen werden.

IBAN: DE ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

BIC: _____ | _____ Bank: _____

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____