



## Beitrittserklärung

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Mitgliedsnummer: SX \_\_\_\_\_  
Praxis-/Dienstanschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_  
Beitritt ab: \_\_\_\_\_

Der Leistungserbringer ist **Mitglied im Sächsischen Sportärztebund** und hat die **Zusatzbezeichnung Sportmedizin** (ggf. Facharzt für Sportmedizin) erworben.

Der Leistungserbringer tritt der Vereinbarung über sportmedizinische Untersuchungen durch Vertragsärzte nach § 27e der Satzung der Techniker Krankenkasse vom 02.01.2013 bei.  
Die Vereinbarung wurde zwischen der

**Techniker Krankenkasse (TK)**  
Bramfelder Straße 140, 22305 Hamburg

und dem

**Sächsischen Sportärztebund e.V.**,  
Marschner-Str. 29, 04109 Leipzig geschlossen.

Der Leistungserbringer bestätigt die uneingeschränkte Anerkennung der Vereinbarung, insbesondere die Erfüllung der qualitativen Voraussetzungen.

Mit dem Beitritt gilt der Vertrag einschließlich seiner Anlagen in der jeweils geltenden Fassung für den beigetretenen Leistungserbringer.

Der Leistungserbringer verpflichtet sich, über die Inhalte des Vertrages, insbesondere gegenüber anderen Leistungserbringern, absolute Verschwiegenheit zu bewahren und keine vertraglichen Unterlagen an Dritte auszuhändigen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift