

Beitrittserklärung

zur kantonalen Taxpunktvereinbarung zwischen HSK, CSS und SVFP gültig ab 1.1.2015 über die Erstattung von physiotherapeutischen Leistungen gemäss KVG

Ich bin Mitglied des SVFP.

Ich bin/unsere Organisation ist **nicht** Mitglied des SVFP und trete/tritt daher direkt dem oben genannten Vertrag bei.

	Angaben zur Physiotherapie-Praxis	Angaben zu einem zweiten Praxis-Standort
ZSR-Nr.		
Name		
Vorname		
Adresse		
PLZ		
Ort		
E-Mail		
Telefon		

Für jede Organisation der Physiotherapie und für jeden freiberuflichen Physiotherapeuten sowie für jeden Praxisstandort muss ein Formular mit entsprechender ZSR-Nr. ausgefüllt werden.

Die unterzeichnete Person erklärt ausdrücklich, dass sie von den Bedingungen der oben genannten Vereinbarung und ihrer Anhänge Kenntnis genommen hat, und erklärt, dass die Angaben auf diesem Formular korrekt sind. Die Vereinbarung und ihre Anhänge können auf der Website der Vertragsparteien HSK, CSS und SVFP eingesehen werden. Die vom Verband bis zum 20. Tag des Monats bestätigten Beitrittserklärungen gelten ab dem 1. Tag des Folgemonats. Der anwendbare kantonale Taxwertpunkt gilt für Behandlungen ab dem ersten Tag des Folgemonats gemäss Anhang 3 des Vertrags.

Die unterzeichnete Beitrittserklärung ist im Original und nur auf dem Postweg an folgende Adresse zu senden:

Schweizerischer Verband der freiberuflichen Physiotherapeuten (SVFP)
 Route du Lac 2 – Paudex, Postfach 1215
 1001 Lausanne

SVFP-Mitglieder bezahlen nur den Jahresbeitrag SVFP als Beitritt zum Vertrag. Für **Nicht-SVFP-Mitglieder** beläuft sich die Beitrittsgebühr auf **CHF 200**, zuzüglich **CHF 300** Jahresbeitrag, zahlbar ab dem ersten Beitrittsjahr. Zahlungen sind auf das **PC-Konto 14-347285-9** lautend auf "ASPI, Association suisse des Physiothérapeutes indépendants" mit Vermerk „Beitritt Nicht-Mitglied Vertrag HKS/CSS/SVFP“ zu leisten.

Der SVFP bestätigt den Beitritt zum Vertrag erst nach Erhalt der vorliegenden Erklärung bzw. bei Nicht-SVFP-Mitgliedern nach Überweisung des gesamten geschuldeten Betrags.

Ort, Datum

Unterschrift des Leistungserbringers

.....

.....