

Teilnahmeerklärung Psychotherapeuten

Vertragskennzeichen 120A1400285



**BOSCH**

**BKK**

Deutsche **PsychotherapeutenVereinigung**



**Bitte per Fax an die zuständige Geschäftsstelle der Bosch BKK.  
Für Hessen: Bosch BKK in Lollar, Fax. 06406 8366-19**

**Teilnahmeerklärung zum Vertrag über die  
akutpsychotherapeutische Versorgung mit der Bosch BKK**

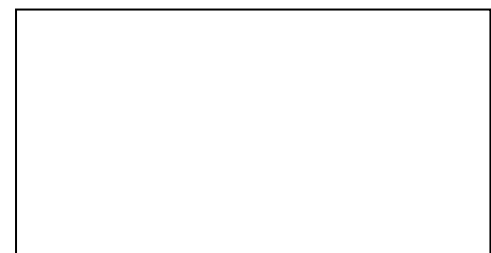
Ich trete dem Vertrag zur akutpsychotherapeutischen Versorgung zwischen der Deutschen Psychotherapeuten Vereinigung e.V. und der Bosch BKK bei. Über die Rechten und Pflichten dieses Vertrages bin ich informiert und stimme diesen zu.

\_\_\_\_\_  
Titel, Vorname, Name

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Ort



Stempel

\_\_\_\_\_  
Tel.

\_\_\_\_\_  
Fax

\_\_\_\_\_  
E-Mail

\_\_\_\_\_  
LANR

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arzt/Therapeut