Füllen Sie bitte dieses Antragsformular aus und senden Sie es unterschrieben an das MFÄF-Sekretariat (secretariat@smcf.ch), Postfach 592, 1701 Freiburg).

ANTRAGSFORMULAR FÜR DEN BEITRITT ZU DEN KANTONALEN TARIFVERTRÄGEN

**Name und Vorname:**

**Facharztgebiet:**

**Datum der Bewilligung zur Ausübung des Arztberufs im Kanton Freiburg:**

**GLN Nr.:**

**E-Mail-Adresse:**

**Mitglied einer anderen kantonalen Ärztegesellschaft als MFÄF?**

[ ]  Ja Wenn Ja, welche\*?       [ ]  Nein

\*Bitte stellen Sie uns eine Mitgliedschaftsbestätigung zu.

**Freiburger Geschäftsadresse:**

**Geschäftsadresse gültig ab:**

Hiermit beantrage ich den Beitritt zu folgenden Tarifverträgen:

* **Kantonaler Anschlussvertrag zum TARMED-Rahmenvertrag zwischen santésuisse und der ÄGKF (2007)**
* **Vertrag zwischen der ÄGKF und der Einkaufsgemeinschaft HSK (Helsana Versicherungen AG et al., Sanitas Grundversicherungen AG und al., KPT Krankenkasse AG)**

**Jährliche Gebühr**

Der Jahresbeitrag für den Beitritt und die Verlängerung jeder dieser Vereinbarungen beträgt je CHF 860.-, insgesamt also CHF 1 720.-.

Diese Gebühren sind von MFÄF- Nichtmitgliedern sowie -Kandidaten zu bezahlen.

MFÄF-Mitglieder und Mitglieder einer anderen kantonalen Gesellschaft zahlen diese Beitrittsgebühren nicht. Sie sind im MFÄF-Jahresbeitrag enthalten.

**Neu 2023:** MFÄF bietet den Unterzeichnenden dieser Vereinbarungen den Rückkauf ihrer anonymisierten Rechnungsdaten gemäss Kriterien an, die in einem separaten Dokument festgelegt werden. Der Ad-hoc-Vertrag und die Begleitdokumente werden im Laufe des ersten Semester 2023 verfügbar sein. Mitglieder und Nichtmitglieder von MFÄF profitieren bei diesen Rückkäufen von den gleichen Bedingungen, die bis zu CHF 1’000 pro Jahr betragen können.

Das Sekretariat steht Ihnen für weitere Informationen und Auskünfte zur Verfügung.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die oben genannten Bedingungen zur Kenntnis genommen habe.

Ich beantrage formell die Mitgliedschaft in den Tarifverträgen zwischen MFÄF (ehemals SMCF) und santésuisse / HSK.

Datum und Ort:       Unterschrift: