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

ANTRAGSFORMULAR FÜR DEN BEITRITT ZU DEN KANTONALEN TARIFVERTRÄGEN

**Name und Vorname:**

**Geburtsdatum:**

**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.

**Telefonnummer:**

**Beschäftigungsgrad Kanton Freiburg:**

**Beschäftigungsgrad ausserhalb des Kantons Freiburg:**

**Freiburger Geschäftsadresse:**

**Geschäftsadresse gültig ab:**

Hiermit stelle ich einen Antrag auf Beitritt zu folgenden Kollektivverträgen:

* **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 Übernahmevertrag ist bei unserem Sekretariat erhältlich.

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 zu habe.

Ich beantrage hiermit formell den Beitritt zu den Tarifverträgen zwischen dem MFÄF (ehemals SMCF) und santésuisse / HSK.

Ort und Datum:       Unterschrift: