

Zusammenstellung der Beitritte_Krankenkassen_Stand_15.11.2011

Krankenkassen	Beitritt am	Austritt
DAK	15.11.2001	
KKH-Allianz	11.10.2011	
hkk Bremen	22.09.2011	
AOK Sachsen-Anhalt	08.10.2010	
BKK Braun Melsungen AG	16.08.2010	
Bahn-BKK Frankfurt/M.	17.03.2010	
BKK Verkehrsbau Union Berlin	11.03.2010	
Securita KK Hamburg	10.03.2010	
BKK Basell Weselling	25.02.2010	
mhplus Ludwigsburg	17.02.2010	
BKK Würth Künzelsau	15.02.2010	
NOVITAS BKK	10.02.2010	
BKK Kassana München	08.02.2010	
BKK A.T.U Dachau	08.02.2010	
BKK ESSANELLE Düsseldorf	26.01.2010	
BKK Verbund Plus Biberbach	25.01.2010	
BKK MAN u. MTU München	21.01.2010	
BKK Pfalz Ludwigshafen	21.01.2010	
Südzucker BKK Mannheim	20.01.2010	
BKK der MBW AG Dingolfing	20.01.2010	
BKK Technoform Göttingen	20.01.2010	
Bosch BKK Stuttgart	20.01.2010	
BKK futur Krefeld	19.01.2010	
CITY BKK Berlin	19.01.2010	
BKK FTE Wolfsburg	19.01.2010	
BKK ALP plus Stolberg	19.01.2010	
BKK der SIEMAG Hilchenbach	19.01.2010	
BKK S-H Glückstadt	18.01.2010	
IKK Nord Rostock	22.12.2009	

Anlage 4**Formblatt: Beitrittserklärung**

Absender: 
Unternehmen Leben
Vertragsgebiet Mecklenburg-Vorpommern

Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern
Wismarsche Str. 175,
19053 Schwerin
Fax-Nr. 0385/48529-29

Beitrittserklärung

Krankenhaus/Krankenkasse:DAK... Unternehmen Leben.....

Anschrift:Dr.-Külz-Str. 18-20.....
Straße und Hausnummer:

.....19053 Schwerin.....
Postleitzahl und Ort


Institutskennzeichen I101567347.....

E-Mail-Adressejana.krueger(at)dak.de.....

Hiermit erklären wir gegenüber der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. den Beitritt zur Vereinbarung über die Umsetzung von § 39 Abs. 4 SGB V in Verbindung mit § 43 b Absatz 3 SGB V zwischen der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. und der AOK Mecklenburg-Vorpommern Die Gesundheitskasse, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern, BKK-Landesverband NORD, IKK-Landesverband Nord und LKK Mittel- und Ostdeutschland vom 15. Dezember 2009.

Schwerin, den 15.11.2011

Ort, Datum Unterschrift und Stempel Krankenhaus/Krankenkasse


Unternehmen Leben
Vertragsgebiet Mecklenburg-Vorpommern

Anlage 4

Formblatt: **Beitrittserklärung**

Absender:

Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V.
Wismarsche Straße 175
19053 Schwerin

Fax-Nr. 0385/48529-29

Beitrittserklärung

Krankenkasse: KKH-Allianz
Anschrift: Karl-Wiechert-Allee 61
30625 Hannover
Institutskennzeichen: IK 102187771
E-Mail-Adresse: serviceteam.kk3@kkh-allianz.de

Hiermit erklären wir gegenüber der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. den Beitritt zur Vereinbarung über die Umsetzung von § 39 Abs. 4 SGB V in Verbindung mit § 43 b Absatz 3 SGB V zwischen der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. und der AOK Mecklenburg-Vorpommern Die Gesundheitskasse, Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern, BKK-Landesverband NORD, IKK-Landesverband Nord und LKK Mittel- und Ostdeutschland vom 15. Dezember 2009.

Hannover, den *11.10.2011*



KKH-Allianz Hauptabteilungsleiter
Klaus Böttcher

 | **Allianz** 

Hauptverwaltung
Karl-Wiechert-Allee 61
30625 Hannover
Tel. 05 11.28 02 - 0
Fax 05 11.28 02 - 99 99

Stempel

Anlage 4

Formblatt: Beitrittserklärung



Absender: *hkk*
Martinstr. 26
28195 Bremen

Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern
Wismarsche Str. 175,
19053 Schwerin

Fax-Nr. 0385/48529-29

Beitrittserklärung

Krankenhaus/Krankenkasse: ***hkk***

Anschrift: Martinstr. 26
Straße und Hausnummer

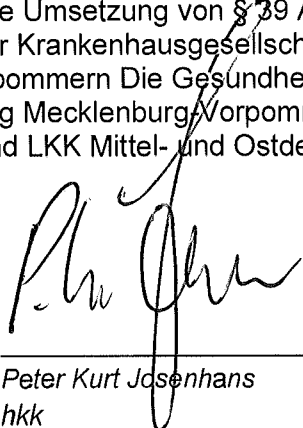
28195 Bremen
Postleitzahl und Ort

Institutskennzeichen: 103 170 002

Ansprechpartner: karsten.eger@hkk.de

Hiermit erklären wir gegenüber der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. den Beitritt zur Vereinbarung über die Umsetzung von § 39 Abs. 4 SGB V in Verbindung mit § 43 b Absatz 3 SGB V zwischen der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. und der AOK Mecklenburg-Vorpommern Die Gesundheitskasse, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern, BKK-Landesverband NORD, IKK-Landesverband Nord und LKK Mittel- und Ostdeutschland vom 15. Dezember 2009.

Bremen, 22.09.2011
Ort, Datum,



Peter Kurt Josenhans
hkk

NOVITAS BKK
GEMEINSAM GESUND

Novitas BKK - 47050 Dulsburg

Krankenhausesellschaft
Mecklenburg-Vorpommern
Wismarsche Straße 175
19053 SchwerinSchliffstr. 92-100
47059 DulsburgHotline: 0800 6 64 82 33
(gebührenfrei)Ihre Ansprechpartnerin: Gisela Kirchofer
Unser Zeichen: ELW/§ 43 b SGB V
Telefon: 0203 / 545 - 8371
Telefax: 0203 / 545 - 609269
E-Mail: gisela.kirchofer@novitas-bkk.de
Internet: <http://www.novitas-bkk.de>

Datum: 22.12.2010

Vorab per Fax : 0385/48529-29**Vereinbarung über die Einziehung der Krankenhauszuzahlungen nach § 39 Abs. 4 SGB V i. V. m. § 43b Abs. 3 SGB V (Zuzahlungsinkasso)**

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir kommen auf unser Schreiben vom 22.09.2010 zurück.

Da sich die rechtliche Lage, insbesondere in Hinblick auf die Vollsteckung der Zuzahlungsforderungen, ab dem 01.01.2011 ändern wird, würden wir gerne unsere Kündigung vom 22.09.2010 zurückziehen.

Wir möchten, dass die abgeschlossene Rahmenvereinbarung für uns und Sie Gültigkeit hat und wir das Verwaltungs- und Vollstreckungsverfahren durchführen.

Bitte bestätigen Sie uns, dass wir weiterhin nach der beigetretenen Rahmenvereinbarung verfahren können.

Freundliche Grüße

Gisela Kirchofer
Abteilungsleiterin Ersatzleistungswesen

Anlage 4

Formblatt: ~~Beitrittserklärung~~
~~AOK Sachsen-Anhalt~~
~~Unternehmensbereich Gesundheit und Medizin~~
Absender: ~~Lüneburger Str. 4 • 39108 Magdeburg~~

Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern
Wismarsche Str. 175,
19053 Schwerin
Fax-Nr. 0385/48529-29

Beitrittserklärung

Krankenhaus/Krankenkasse: AOK Sachsen-Anhalt
Anschrift: Lüneburger Str. 4
39106 Magdeburg
1010 97008
E-Mail-Adresse: steffi.kloppotek@san.aok.de

Hiermit erklären wir gegenüber der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. den Beitritt zur Vereinbarung über die Umsetzung von § 39 Abs. 4 SGB V in Verbindung mit § 43 b Absatz 3 SGB V zwischen der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. und der AOK Mecklenburg-Vorpommern Die Gesundheitskasse, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern, BKK-Landesverband NORD, IKK-Landesverband Nord und LKK Mittel- und Ostdeutschland vom 15. Dezember 2009.

08.10.2010, Magdeburg

Ort, Datum Unterschrift und Stempel Krankenhaus/Krankenkasse

AOK Sachsen-Anhalt
Unternehmensbereich Gesundheit und Medizin
Lüneburger Str. 4 • 39108 Magdeburg

Steffi Kloppotek

Anlage 4

Formblatt: Beitrittserklärung

Absender:

Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern
Wismarsche Str, 175,
19053 Schwerin
Fax-Nr. 0385/48529-29

Beitrittserklärung

Krankenhaus/Krankenkasse: BKK B. Braun Melsungen AG

Anschrift: Grüne Str. 1
Straße und Hausnummer

34212 Melsungen
Postleitzahl und Ort

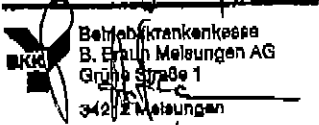
Institutskennzeichen1 105530422

E-Mail-Adresse info@bkk-bbraun.de

Hiermit erklären wir gegenüber der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. den Beitritt zur Vereinbarung über die Umsetzung von § 39 Abs. 4 SGB V in Verbindung mit § 43 b Absatz 3 SGB V zwischen der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. und der AOK Mecklenburg-Vorpommern Die Gesundheitskasse, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern, BKK-Landesverband NORD, IKK-Landesverband Nord und LKK Mittel- und Ostdeutschland vom 15. Dezember 2009.

Ort, Datum Unterschrift und Stempel Krankenhaus/Krankenkasse

Melsungen, 16.08.2010



Petra Hofmann

Anlage 4



BKK

Gesetzliche Kranken-
und Pflegeversicherung

Bosch BKK
Knappstraße 19
70469 Stuttgart

Formblatt: Beitrittsklärung

Abseher:

Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern
Wismarsche Str. 175,
18053 Schwerin
Fax-Nr. 038514326-28

Beitrittsklärung

Krankenhauskrankenkasse:

Bosch BKK

Anschrift:

Kruppsstr. 19
Straße und Hausnummer
70469 Stuttgart
Postleitzahl und Ort

Institutskennzeichen1

108 033 283 (os), 108036123 (was)

E-Mail-Adresse

Frank.Stube@Bosch-BKK.de

Hiermit erklären wir gegenüber der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. den Beitritt zur Vereinbarung über die Umsetzung von § 39 Abs. 4 SGB V in Verbindung mit § 43 b Absatz 3 SGB V zwischen der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. und der AOK Mecklenburg-Vorpommern Die Gesundheitskasse, Verband der Ersatzkassen e. V. (udek) Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern, BKK-Landesverband NORD, IKK-Landesverband Nord und LNK Mittel- und Ostdeutschland vom 15. Dezember 2009.

Ort, Datum Unterschrift und Stempel Krankenhaus/Krankenkasse

Stuttgart, 20.04.2010

Gesetzliche Kranken-
und Pflegeversicherung
Bosch BKK
Knappstraße 19
70469 Stuttgart

Schwerin, den 15. Dezember 2008

Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V.

BKK-Landesverband NORD

Anlage 4

Formblatt: Beitrittserklärung

Absender: **Betriebskrankenkasse
Verkehrsbau Union**
Lindenstraße 67 • 10969 Berlin

Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern
Wismarsche Str. 175,
19053 Schwerin
Fax-Nr. 0385/48529-29

Beitrittserklärung

Krankenhaus/Krankenkasse: *BKK • UBU*

Anschrift: *Lindenstr. 67*
Straße und Hausnummer

..... *10969 Berlin*
Postleitzahl und Ort

Institutskennzeichen1 *109723913*

E-Mail-Adresse *christian.susch@bkk-ubu.de*

Hiermit erklären wir gegenüber der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. den Beitritt zur Vereinbarung über die Umsetzung von § 39 Abs. 4 SGB V in Verbindung mit § 43 b Absatz 3 SGB V zwischen der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. und der AOK Mecklenburg-Vorpommern Die Gesundheitskasse, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern, BKK-Landesverband NORD, IKK-Landesverband Nord und LKK Mittel- und Ostdeutschland vom 15. Dezember 2009.

11. März 2010

Ort, Datum Unterschrift und Stempel Krankenhaus/Krankenkasse

**Betriebskrankenkasse
Verkehrsbau Union**
Lindenstraße 67 • 10969 Berlin

Anlage 4

Formblatt: Beitrittserklärung

Absender:



LÜBECKERTORDAMM 1-3 • 20099 HAMBURG
TELEFON 0 18 02 / 24 26 27 • TELEFAX 040 / 33 47-90 00

Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern
Wismarsche Str. 175,
19053 Schwerin
Fax-Nr. 0385/48529-29

Beitrittserklärung

Krankenhaus/Krankenkasse: ..Securita Krankenhaus.....

Anschrift: ..Lübeckertordamm 1-3.....
Straße und Hausnummer

20099 Hamburg.....
Postleitzahl und Ort

Institutskennzeichen1 West 101320032 Ost 101320542

E-Mail-Adresse mail.bkk@securita.de.....

Hiermit erklären wir gegenüber der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. den Beitritt zur Vereinbarung über die Umsetzung von § 39 Abs. 4 SGB V in Verbindung mit § 43 b Absatz 3 SGB V zwischen der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. und der AOK Mecklenburg-Vorpommern Die Gesundheitskasse, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern, BKK-Landesverband NORD, IKK-Landesverband Nord und LKK Mittel- und Ostdeutschland vom 15. Dezember 2009.

HH, 10.3.2010

Ort, Datum Unterschrift und Stempel Krankenhaus/Krankenkasse



LÜBECKERTORDAMM 1-3 • 20099 HAMBURG
TELEFON 0 18 02 / 24 26 27 • TELEFAX 040 / 33 47-90 00

Anlage 4

Formblatt: Beitrittserklärung

Absender:

Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern
Wismarsche Str. 175,
19053 Schwerin
Fax-Nr. 0385/48529-29

Beitrittserklärung

Krankenhaus/Krankenkasse: IKK Nord
.....
Anschrift: Lachswehrallee 1
Straße und Hausnummer
23558 Lübeck
Postleitzahl und Ort
Institutskennzeichen1 100 202 549
.....
E-Mail-Adresse juergen.janetzka@ikk-nord.de
.....

Hiermit erklären wir gegenüber der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. den Beitritt zur Vereinbarung über die Umsetzung von § 39 Abs. 4 SGB V in Verbindung mit § 43 b Absatz 3 SGB V zwischen der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. und der AOK Mecklenburg-Vorpommern Die Gesundheitskasse, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern, BKK-Landesverband NORD, IKK-Landesverband Nord und LKK Mittel- und Ostdeutschland vom 15. Dezember 2009.

Lübeck, 22.12.2009



IKK Nord
Blücherstraße 77c
19053 Rostock

Ort, Datum Unterschrift und Stempel Krankenhaus/Krankenkasse

Anlage 4

Formblatt: Beitrittserklärung

Absender:

Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern
Wismarsche Str. 175,
19053 Schwerin
Fax-Nr. 0385/48529-29

Beitrittserklärung

Krankenhaus/Krankenkasse:

Anschrift:

BKK futur
Verwaltung
Girmesgath 5
47803 Krefeld
Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Institutskennzeichen1

1042 26 197

E-Mail-Adresse

Juergen.Boyer@Bkk-futur.de

Hiermit erklären wir gegenüber der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. den Beitritt zur Vereinbarung über die Umsetzung von § 39 Abs. 4 SGB V in Verbindung mit § 43 b Absatz 3 SGB V zwischen der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. und der AOK Mecklenburg-Vorpommern Die Gesundheitskasse, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern, BKK-Landesverband NORD, IKK-Landesverband Nord und LKK Mittel- und Ostdeutschland vom 15. Dezember 2009.

19.1.2010

Ort, Datum Unterschrift und Stempel Krankenhaus/Krankenkasse

Anlage 4

Formblatt: **Beitrittserklärung**

CITYBKK

Pommernallee 1
14052 Berlin
Telefon (030) 88 95-0
Telefax (030) 88 95 93 00

Absender:

Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern
Wismarsche Str. 175,
19053 Schwerin
Fax-Nr. 0385/48529-29

Beitrittserklärung

Krankenhaus/Krankenkasse:

Anschrift:

Straße und Hausnummer

CITYBKK

Pommernallee 1
14052 Berlin
Telefon (030) 88 95-0
Telefax (030) 88 95 93 00

.....
Postleitzahl und Ort

Institutskennzeichen1 *10 95 38 0 29*

E-Mail-Adresse *andreas.gruhn@citybkk.de*
Andreas Gruhn

Hiermit erklären wir gegenüber der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. den Beitritt zur Vereinbarung über die Umsetzung von § 39 Abs. 4 SGB V in Verbindung mit § 43 b Absatz 3 SGB V zwischen der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. und der AOK Mecklenburg-Vorpommern Die Gesundheitskasse, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern, BKK-Landesverband NORD, IKK-Landesverband Nord und LKK Mittel- und Ostdeutschland vom 15. Dezember 2009.

Ort, Datum Unterschrift und Stempel Krankenhaus/Krankenkasse

Berlin, 19.01.2010

CITYBKK
Pommernallee 1
14052 Berlin
Telefon (030) 88 95-0
Telefax (030) 88 95 93 00

Andreas Gruhn
Abteilungsleiter

Formblatt: Beitrittserklärung

Absender:

Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern
Wismarsche Str. 175,
19053 Schwerin
Fax-Nr. 0385/48529-29

Beitrittserklärung

Krankenhaus/Krankenkasse: **BKK FTE**
..... **38433 Wolfsburg**

Anschrift:
..... *Straße und Hausnummer*

.....
..... *Postleitzahl und Ort*

Institutskennzeichen 1 *BK Verl: 108836600 Ost: 108839428*

E-Mail-Adresse

Hiermit erklären wir gegenüber der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. den Beitritt zur Vereinbarung über die Umsetzung von § 39 Abs. 4 SGB V in Verbindung mit § 43 b Absatz 3 SGB V zwischen der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. und der AOK Mecklenburg-Vorpommern Die Gesundheitskasse, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern, BKK-Landesverband NORD, IKK-Landesverband Nord und LKK Mittel- und Ostdeutschland vom 15. Dezember 2009.

Wolfsburg, 19.01.10  **BKK FTE**
38433 Wolfsburg
Ort, Datum Unterschrift und Stempel Krankenhaus/Krankenkasse

Anlage 4

Formblatt: Beitrittserklärung

Absender:

Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern
 Wismarsche Str. 175,
 19063 Schwerin
 Fax-Nr. 0385/48520-29

Beitrittserklärung

Krankenhaus/Krankenkasse: BKK S-H

Anschrift: Stadtstr. 10

..... Straße und Hausnummer

..... 25348 Glückstadt

..... Postleitzahl und Ort

Institutskennzeichen1 101320043

E-Mail-Adresse m.peschel@bkk-sh.de

Hiermit erklären wir gegenüber der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. den Beitritt zur Vereinbarung über die Umsetzung von § 39 Abs. 4 SGB V in Verbindung mit § 43 b Absatz 3 SGB V zwischen der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. und der AOK Mecklenburg-Vorpommern Die Gesundheitskasse, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern, BKK-Landesverband NORD, IKK-Landesverband Nord und LKK Mittel- und Ostdeutschland vom 15. Dezember 2009.

Glückstadt 18. Jan. 2010




Ort, Datum Unterschrift und Stempel Krankenhaus/Krankenkasse

Anlage 4

Formblatt: Beitrittserklärung

Absender:

Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern
Wismarsche Str. 175,
19053 Schwerin
Fax-Nr. 0385/48529-29

Beitrittserklärung

Krankenhaus/Krankenkasse: BKK ALP plus

Anschrift: Zweifallerstr. 130
Straße und Hausnummer

52224 Stolberg
Postleitzahl und Ort

Institutskennzeichen1 104 12 76 92

E-Mail-Adresse Claudia.Weiprecht@bkk-ALP.de

Hiermit erklären wir gegenüber der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. den Beitritt zur Vereinbarung über die Umsetzung von § 39 Abs. 4 SGB V in Verbindung mit § 43 b Absatz 3 SGB V zwischen der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. und der AOK Mecklenburg-Vorpommern Die Gesundheitskasse, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern, BKK-Landesverband NORD, IKK-Landesverband Nord und LKK Mittel- und Ostdeutschland vom 15. Dezember 2009.

Stolberg 19.01.2010 *[Signature]*
Ort, Datum Unterschrift und Stempel Krankenhaus/Krankenkasse



Anlage 4

Formblatt: Beitrittserklärung

Absender: Betriebskrankenkasse der **SIEMAG**
 Wiesenstr. 30
 57271 Hilchenbach

Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern
 Wismarsche Str. 175,
 19053 Schwerin
 Fax-Nr. 0385/48529-29

Beitrittserklärung

Krankenhaus/Krankenkasse: BKK der SIEMAG

Anschrift: Wiesenstr. 30
 Straße und Hausnummer

57271 Hilchenbach
 Postleitzahl und Ort

Institutskennzeichen1 103 525 567

E-Mail-Adresse info @ bkk - siemag.de

Hiermit erklären wir gegenüber der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. den Beitritt zur Vereinbarung über die Umsetzung von § 39 Abs. 4 SGB V in Verbindung mit § 43 b Absatz 3 SGB V zwischen der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. und der AOK Mecklenburg-Vorpommern Die Gesundheitskasse, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern, BKK-Landesverband NORD, IKK-Landesverband Nord und LKK Mittel- und Ostdeutschland vom 15. Dezember 2009.

Betriebskrankenkasse der **SIEMAG**
 Wiesenstr. 30
 57271 Hilchenbach

Hilchenbach, 19. 1. 10

Ort, Datum Unterschrift und Stempel Krankenhaus/Krankenkasse

Anlage 4

Formblatt: **Beitrittserklärung**

Absender: ~~Betriebskrankenkasse~~
MAN und MTU München
Postfach 50 01 44 - 80371 München

Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern
Wismarsche Str. 175,
19053 Schwerin
Fax-Nr. 0385/48529-29

Beitrittserklärung

~~Krankenhaus/Krankenkasse:~~ BKK MAN u. MTU
Anschrift: Karlsfelderstr. 209f
Straße und Hausnummer
80995 München
Postleitzahl und Ort
Institutskennzeichen1 108434318 (ost) 108433204 (west)
E-Mail-Adresse klatz@bkkman-mtu.de

Hiermit erklären wir gegenüber der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. den Beitritt zur Vereinbarung über die Umsetzung von § 39 Abs. 4 SGB V in Verbindung mit § 43 b Absatz 3 SGB V zwischen der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. und der AOK Mecklenburg-Vorpommern Die Gesundheitskasse, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern, BKK-Landesverband NORD, IKK-Landesverband Nord und LKK Mittel- und Ostdeutschland vom 15. Dezember 2009.

München, 21.01.2010

Wf
~~Betriebskrankenkasse~~
MAN und MTU München
Postfach 50 01 44 - 80371 München

Ort, Datum Unterschrift und Stempel ~~Krankenhaus/Krankenkasse~~

Anlage 4

Formblatt: Beitrittserklärung

Absender:

Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern
Wismarsche Str. 175,
19053 Schwerin
Fax-Nr. 0385/48529-29

Beitrittserklärung

Krankenhaus/Krankenkasse: Südzucker-BMU.....
Anschrift: Philosophenplatz 1.....
Straße und Hausnummer
68165 Mannheim.....
Postleitzahl und Ort
Institutskennzeichen1 106 936 311.....
E-Mail-Adresse Info@Suedzucker-BMU.de

Hiermit erklären wir gegenüber der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. den Beitritt zur Vereinbarung über die Umsetzung von § 39 Abs. 4 SGB V in Verbindung mit § 43 b Absatz 3 SGB V zwischen der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. und der AOK Mecklenburg-Vorpommern Die Gesundheitskasse, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern, BKK-Landesverband NORD, IKK-Landesverband Nord und LKK Mittel- und Ostdeutschland vom 15. Dezember 2009.

Ort, Datum Unterschrift und Stempel Krankenhaus/Krankenkasse
Südzucker-
Betriebskrankenkasse
Philosophenplatz 1
68165 Mannheim

Mannheim, 20.01.2010

Anlage 4

EINGEGANGEN AM 22. JAN. 2010

Formblatt: Beitrittserklärung

Absender: Betriebskrankenkasse der BMW AG, Mengkofener Str. 6, 84130 Dingolfing

Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern
Wismarsche Str. 175,
19053 Schwerin
Fax-Nr. 0385/48529-29

Beitrittserklärung

Krankenhaus/Krankenkasse: Betriebskrankenkasse der BMW AG
.....
Anschrift: Mengkofener Str. 6
.....
Straße und Hausnummer
84130 Dingolfing
.....
Postleitzahl und Ort
109 034 270 (Westkasse)
.....
Institutskennzeichen1
109 021 685 (Ostkasse)
E-Mail-Adresse Betriebs.krankenkasse@bmw.de

Hiermit erklären wir gegenüber der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. den Beitritt zur Vereinbarung über die Umsetzung von § 39 Abs. 4 SGB V in Verbindung mit § 43 b Absatz 3 SGB V zwischen der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. und der AOK Mecklenburg-Vorpommern Die Gesundheitskasse, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern, BKK-Landesverband NORD, IKK-Landesverband Nord und LKK Mittel- und Ostdeutschland vom 15. Dezember 2009.

Ort, Datum Unterschrift und Stempel Krankenhaus/Krankenkasse

Dingolfing,
20.01.2010

Betriebskrankenkasse
der BMW AG
Mengkofener Straße 6

i. V. v. Werner Mayen

84130 Dingolfing

EINGEGANGEN AM 25. JAN. 2010 *de.*

Anlage 4

Formblatt: **Beitrittserklärung**

Absender:  **BKK Technoform**
 Weender Landstr. 94-108
 37075 Göttingen
 Postfach 20 01 11
 37086 Göttingen

Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern
 Wismarsche Str. 175,
 19053 Schwerin
 Fax-Nr. 0385/48529-29

Beitrittserklärung

Krankenhaus/Krankenkasse:  **BKK Technoform**
 Weender Landstr. 94-108
 37075 Göttingen
 Postfach 20 01 11
 37086 Göttingen

Anschrift:
Straße und Hausnummer

.....
Postleitzahl und Ort
 102031410

Institutskennzeichen 1
 kontakt@bkk-technoform.de

E-Mail-Adresse

Hiermit erklären wir gegenüber der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. den Beitritt zur Vereinbarung über die Umsetzung von § 39 Abs. 4 SGB V in Verbindung mit § 43 b Absatz 3 SGB V zwischen der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. und der AOK Mecklenburg-Vorpommern Die Gesundheitskasse, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern, BKK-Landesverband NORD, IKK-Landesverband Nord und LKK Mittel- und Ostdeutschland vom 15. Dezember 2009.

folgende Po. 140   **BKK Technoform**
 Weender Landstr. 94-108
 37075 Göttingen
 Postfach 20 01 11
 37086 Göttingen

Ort, Datum Unterschrift und Stempel Krankenhaus/Krankenkasse

Anlage 4

Formblatt: Beitrittserklärung

Absender: **Betriebskrankenkasse
VerbundPlus**
Regionalservice
Bismarckring 64, 88400 Biberach
Postfach 1130, 88381 Biberach

Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern
Wismarsche Str. 175,
19053 Schwerin
Fax-Nr. 0385/48529-29

Beitrittserklärung

Krankenhaus/Krankenkasse: BKK VerbundPlus

Anschrift: Bismarckring 64
Straße und Hausnummer

88400 Biberach
Postleitzahl und Ort

Institutskennzeichen1 107 832 012 (Haupt-1K/Westkasse) 107 832 023 (Ostkasse)

E-Mail-Adresse ebathaler@bkk-verbundplus.de

Hiermit erklären wir gegenüber der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. den Beitritt zur Vereinbarung über die Umsetzung von § 39 Abs. 4 SGB V in Verbindung mit § 43 b Absatz 3 SGB V zwischen der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. und der AOK Mecklenburg-Vorpommern Die Gesundheitskasse, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern, BKK-Landesverband NORD, IKK-Landesverband Nord und LKK Mittel- und Ostdeutschland vom 15. Dezember 2009.

Biberach, 25.01.10 *Roth* *J. Alwöl*

Ort, Datum, Unterschrift und Stempel Krankenhaus/Krankenkasse

**Betriebskrankenkasse
VerbundPlus**
Regionalservice
Bismarckring 64, 88400 Biberach
Postfach 1130, 88381 Biberach

Anlage 4

Formblatt: Beitrittserklärung

Absender:

Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern
Wismarsche Str. 175,
19053 Schwerin
Fax-Nr. 0385/48529-29

Beitrittserklärung

Krankenhaus/Krankenkasse: BKK ESSANELLE
Anschritt:
Straße und Hausnummer
40252 Düsseldorf
Postleitzahl und Ort
Institutskennzeichen1 109139926
E-Mail-Adresse rosi.scheel@bkk-essanelle.de

Hiermit erklären wir gegenüber der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. den Beitritt zur Vereinbarung über die Umsetzung von § 39 Abs. 4 SGB V in Verbindung mit § 43 b Absatz 3 SGB V zwischen der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. und der AOK Mecklenburg-Vorpommern Die Gesundheitskasse, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern, BKK-Landesverband NORD, IKK-Landesverband Nord und LKK Mittel- und Ostdeutschland vom 15. Dezember 2009.

Ort, Datum Unterschrift und Stempel ~~Krankenhaus/Krankenkasse~~

26.1.2010



Dirk Banaschak

BKK ESSANELLE
Wiesenstr. 70 B / Eingang 5
40549 Düsseldorf

Formblatt: Beitrittserklärung

Absender:

Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern
 Wismarsche Str. 175,
 19053 Schwerin
 Fax-Nr. 0385/48529-29

Beitrittserklärung

Krankenhaus/Krankenkasse: Bkk Kassana
 Anschrift: Frankenthaler Str. 5-9
 Straße und Hausnummer
81539 München
 Postleitzahl und Ort
 Institutskennzeichen1 West: 108633433 Ost: 108491751
 E-Mail-Adresse silvia.nikola@bkk-kassana.de

Hiermit erklären wir gegenüber der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. den Beitritt zur Vereinbarung über die Umsetzung von § 39 Abs. 4 SGB V in Verbindung mit § 43 b Absatz 3 SGB V zwischen der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. und der AOK Mecklenburg-Vorpommern Die Gesundheitskasse, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern, BKK-Landesverband NORD, IKK-Landesverband Nord und LKK Mittel- und Ostdeutschland vom 15. Dezember 2009.

08. Feb 2010

BKK Kassana
 Körperschaft des öffentlichen Rechts
 Frankenthaler Str. 5-9, 81539 München
 Tel. 089/45 24 55-0

Ort, Datum Unterschrift und Stempel Krankenhaus/Krankenkasse

Formblatt: Beitrittserklärung

Absender:

Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern
Wismarsche Str. 17B,
19053 Schwerin
Fax-Nr. 0385/48529-29

Beitrittserklärung

Krankenhaus/Krankenkasse: BKK A.T.U

Anschrift: Konrad-Adenauer-Str. 25
Straße und Hausnummer

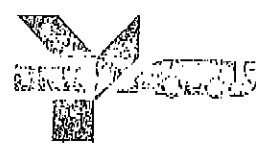
85221 Dachau
Postleitzahl und Ort

Institutskennzeichen¹ West: 108591499 Ost: 108591503

E-Mail-Adresse sylvia.nicola@bkk-atu.de

Hiemit erklären wir gegenüber der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. den Beitritt zur Vereinbarung über die Umsetzung von § 39 Abs. 4 SGB V in Verbindung mit § 43 b Absatz 3 SGB V zwischen der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. und der AOK Mecklenburg-Vorpommern Die Gesundheitskasse, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern, BKK-Landesverband NORD, IKK-Landesverband Nord und LKK Mittel- und Ostdeutschland vom 15. Dezember 2009.

08. Feb. 2010



Hauptverwaltung Dachau
Konrad-Adenauer-Str. 25
85221 Dachau
Tel. 0 81 31 / 61 33-0
Fax 0 81 31 / 61 33-22 90

Ort, Datum Unterschrift und Stempel Krankenhaus/Krankenkasse

Anlage 4

Formblatt: **Beitrittserklärung**

BKK Pfalz

Absender: Lichtenbergerstr. 16
67059 Ludwigshafen
Service-Tel.: 0800/133 3300

Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern
Wismarsche Str. 175,
19053 Schwerin
Fax-Nr. 0385/48529-29

Beitrittserklärung

BKK Pfalz

Krankenhaus/Krankenkasse: Lichtenbergerstr. 16
67059 Ludwigshafen
Service-Tel.: 0800/133 3300

Anschrift:
Straße und Hausnummer

.....
Postleitzahl und Ort

Institutskennzeichen1 106431652

E-Mail-Adresse info@bkk-pfalz.de ; p.saske@bkk-pfalz.de

Hiermit erklären wir gegenüber der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. den Beitritt zur Vereinbarung über die Umsetzung von § 39 Abs. 4 SGB V in Verbindung mit § 43 b Absatz 3 SGB V zwischen der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. und der AOK Mecklenburg-Vorpommern Die Gesundheitskasse, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern, BKK-Landesverband NORD, IKK-Landesverband Nord und LKK Mittel- und Ostdeutschland vom 15. Dezember 2009.

Hans-Walter Schneider
Ressortleiter und
Stellvertreter des Vorstandes

Ludwigshafen 20.01.2010
Ort, Datum Unterschrift und Stempel Krankenhaus/Krankenkasse



Anlage 4

Formblatt: Beitrittserklärung

Absender:

Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern
Wismarsche Str. 175,
19053 Schwerin
Fax-Nr. 0385/48529-29

Beitrittserklärung



Krankenhaus/Krankenkasse:

Anschrift:
Straße und Hausnummer

.....
Postleitzahl und Ort

Institutskennzeichen1 *Bkk West 108036577 BKK Ost 108023140*

E-Mail-Adresse *jlehner@bkk-wuerth.de*

Hiemit erklären wir gegenüber der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. den Beitritt zur Vereinbarung über die Umsetzung von § 39 Abs. 4 SGB V in Verbindung mit § 43 b Absatz 3 SGB V zwischen der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. und der AOK Mecklenburg-Vorpommern Die Gesundheitskasse, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern, BKK-Landesverband NORD, IKK-Landesverband Nord und LKK Mittel- und Ostdeutschland vom 15. Dezember 2009.

Künzel-Sau, 15.2.2010




Ort, Datum Unterschrift und Stempel Krankenhaus/Krankenkasse

EINGEGANGEN AM 01. MRZ. 2010

He.

Anlage 4


 Betriebskrankenkasse
Formblatt: Beitrittserklärung
 50387 Wesseling
 Absender: Tel.: 0 22 36 / 72 33 67
 Fax: 0 22 36 / 72 21 08

Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern
 Wismarsche Str. 175,
 19053 Schwerin
 Fax-Nr. 0385/48529-29

Beitrittserklärung

Krankenhaus/Krankenkasse: BKK Basell
 Anschrift: Büchler-Str. 60
 Straße und Hausnummer
50385 Wesseling
 Postleitzahl und Ort
 Institutskennzeichen: 194 626 885
 E-Mail-Adresse: wolfgang.pasnanski@bkk-basell.de

Hiermit erklären wir gegenüber der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. den Beitritt zur Vereinbarung über die Umsetzung von § 39 Abs. 4 SGB V in Verbindung mit § 43 b Absatz 3 SGB V zwischen der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. und der AOK Mecklenburg-Vorpommern Die Gesundheitskasse, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern, BKK-Landesverband NORD, IKK-Landesverband Nord und LKK Mittel- und Ostdeutschland vom 15. Dezember 2009.


 Betriebskrankenkasse
 BKK Basell
 50387 Wesseling
 Tel.: 0 22 36 / 72 33 67
 Ort, Datum Wesseling, 25.12.10 Unterschrift und Stempel Krankenhaus/Krankenkasse

Anlage 4

Formblatt: Beitrittserklärung



Absender:

Körperschaft des öffentlichen Rechts
Frankstraße 8
71636 Ludwigsburg
PF 285 - 71602 Ludwigsburg

Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern
Wismarsche Str. 175,
19053 Schwerin
Fax-Nr. 0385/48529-29

Beitrittserklärung



Krankenhaus/Krankenkasse:

Körperschaft des öffentlichen Rechts
Frankstraße 8
71636 Ludwigsburg
PF 285 - 71602 Ludwigsburg
Straße und Hausnummer

Anschrift:

Postleitzahl und Ort

Institutskennzeichen1

West: 108 035 612 Ost: 108 034 508

E-Mail-Adresse

melanie.plietzsch@mhplus.de

* Mitarbeiterkasse:

West: 108 088 177 Ost: 108 082 202

Hiermit erklären wir gegenüber der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. den Beitritt zur Vereinbarung über die Umsetzung von § 39 Abs. 4 SGB V in Verbindung mit § 43 b Absatz 3 SGB V zwischen der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. und der AOK Mecklenburg-Vorpommern Die Gesundheitskasse, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern, BKK-Landesverband NORD, IKK-Landesverband Nord und LKK Mittel- und Ostdeutschland vom 15. Dezember 2009.



Körperschaft des öffentlichen Rechts
Frankstraße 8
71636 Ludwigsburg
PF 285 - 71602 Ludwigsburg

Ludwigsburg, 17.02.2010
Ort, Datum Unterschrift und Stempel Krankenhaus/Krankenkasse

Inge Knechtges

Anlage 4

Formblatt: Beitrittserklärung

Absender:

BAHN-BKK
ZENTRALE
Frankfurt 54 · 60486 Frankfurt a. Main
www.bahn-bkk.de

Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern
Wismarsche Str. 175,
19053 Schwerin
Fax-Nr. 0385/48529-29

Beitrittserklärung

Krankenhaus/Krankenkasse:

BAHN-BKK

Anschrift:

Franklinstr. 54

Straße und Hausnummer

60486 Frankfurt/Main

Postleitzahl und Ort

Institutskennzeichen1

10 99 20569

E-Mail-Adresse

manfred.boehm@bahn-bkk.de

Hiermit erklären wir gegenüber der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. den Beitritt zur Vereinbarung über die Umsetzung von § 39 Abs. 4 SGB V in Verbindung mit § 43 b Absatz 3 SGB V zwischen der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. und der AOK Mecklenburg-Vorpommern Die Gesundheitskasse, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern, BKK-Landesverband NORD, IKK-Landesverband Nord und LKK Mittel- und Ostdeutschland vom 15. Dezember 2009.

Frankfurt, 17. März 2010

BAHN-BKK
ZENTRALE
Frankfurt 54 · 60486 Frankfurt a. Main
[Signature]

Ort, Datum Unterschrift und Stempel Krankenhaus/Krankenkasse