

Vollmacht

Als Inhaber bzw. gesetzlicher Vertreter/Geschäftsführer der Praxis

Praxisname bzw. Firmenbezeichnung

(z.B. Krankengymnastik Schmidt,

Physio Meier GmbH,

Ergo Müller GmbH & Co. KG): _____

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

bevollmächtige ich (zutreffendes bitte ankreuzen)

Herrn/Frau

Name, Vorname: _____

Verband, Dienstleister, Unternehmen:

IFK e.V.

Adresse: Gesundheitscampus-Süd 33, 44801 Bochum

Telefon: 0234 97745777

Fax: 0234 9774545

E-Mail: zulassung@ifk.de

mich bzw. den durch mich vertretenen und oben bezeichneten Leistungserbringer

- in allen Angelegenheiten bzgl. der Zulassung und Leistungs- und Abrechnungserlaubnis gemäß § 124 SGB V sowie deren Verwaltung

für die Praxis mit dem folgenden IK _____

zu vertreten sowie

für die Praxis mit dem zuvor bezeichnete IK
in meinem Namen bzw. im Namen des durch mich vertretenen und oben bezeichneten Leistungserbringers

- die für die Versorgung mit Heilmitteln geltenden Verträge nach § 125 Abs. 1 SGB V und § 125a SGB V

anzuerkennen.

Soweit die Vollmacht zu Gunsten eines Verbandes bzw. eines Dienstleisters oder eines Unternehmens erteilt wird, erstreckt sich die Vollmacht auch auf deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Ort, Datum

Unterschrift

Praxisinhaber bzw. gesetzlicher Vertreter/Geschäftsführer