

Dienstleistungsvertrag

Zwischen

der Firma

**nfu. Netzwerk für Unternehmensberatung, Irene Tell,
Uhlenhorster Straße 10,
12555 Berlin**

-Auftragnehmerin-

und

der Praxis

-Auftraggeber/in-

wird folgender Dienstleistungsvertrag geschlossen:

1.

Die Auftragnehmerin übernimmt auf vertraglicher Grundlage Managementaufgaben des Gyn-Verbund-Berlin e. V., des HNO-Verbund-Berlin e. V., des Augen-Verbund-Berlin e. V. und des Chirurgisch/Orthopädischer-Verbund-Berlin e. V.. Die genannten Ärzteverbände haben jeweils dreiseitige Verträge zur integrierten Versorgung gem. § 140 b SGB V mit Krankenhäusern und verschiedenen gesetzlichen Krankenversicherungen geschlossen. Im Rahmen dieser Vereinbarungen zur integrierten Versorgung werden u. a. auch medizinische Leistungen erbracht, an denen niedergelassene Fachärzte/ärztinnen für Anästhesiologie Leistungen erbringen können.

2.

Für die Verwaltung und die Pflege der Praxisdaten im Rahmen dieses Vertrages, sowie für die Verwaltung des im Rahmen der integrierten Versorgungsverträge anfallenden Honorars für anästhesiologische Leistungen zahlt der Auftraggeber (Praxis), unabhängig von der Zahl der Betriebsstätten, an die Auftragnehmerin eine monatliche Pauschale in Höhe von 15,00 € zzgl. gesetzlicher Mehrwertsteuer. Diese Kostenpauschale ist erstmals bei Übermittlung des Datenblattes vor erstmaliger Leistungserbringung innerhalb der genannten integrierten Versorgungsverträge auf das Konto der Auftragnehmerin

nfu. Netzwerk für Unternehmensberatung
Irene Tell
Dresdner Bank AG
BLZ 120 800 00
Konto-Nr.: 0136 175 200

zu zahlen. Der Auftraggeber kann eine Zustimmung zum Lastschriftverfahren der Auftragnehmerin erteilen. Der Auftraggeber erhält durch die Auftragnehmerin eine jährliche Rechnung bis zum 31.01. des Folgejahres.

3.

Die Zahlungsverpflichtung beginnt mit dem Zeitpunkt des Abschlusses dieses Vertrages. Die Vereinbarung endet automatisch zum nachfolgenden Monat, in dem der Auftragnehmerin eine schriftliche Erklärung übermittelt worden ist, dass der Auftraggeber nicht mehr Anästhesieleistungen im Rahmen der oben genannten integrierten Versorgungsverträge erbringt.

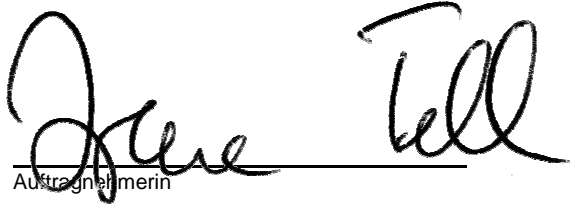
4.

Das in der Anlage beigefügte Datenblatt wird seitens des Auftraggebers der Auftragnehmerin ausgefüllt und unterzeichnet zur Verfügung gestellt und Inhalt dieser Vereinbarung.

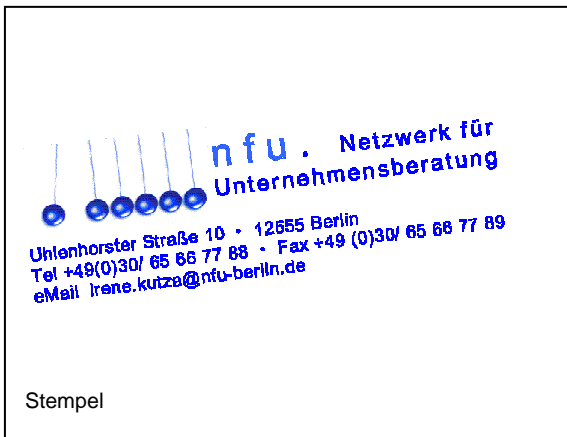
Sollte eine Bestimmung dieses Vertrages ganz oder teilweise unwirksam sein oder unwirksam werden, so wird die Gültigkeit der übrigen Bestimmungen hierdurch nicht berührt. In einem solchen Fall ist der Vertrag seinem Sinn entsprechend zur Durchführung zu bringen und gegebenenfalls durch eine die unzulässige Bestimmung ersetzende zulässige Bestimmung zu ergänzen. Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform. Dies betrifft auch die Aufhebung der Schriftformklausel selbst.

Beruhet die Ungültigkeit auf einem Leistungsmaß oder auf einer Zeitbestimmung, so tritt an deren Stelle das gesetzlich zulässige Maß.

Berlin, den _____


Auftragnehmerin

Auftraggeber/in



Anlage: Datenblatt

DATENBLATT

zur Dienstleistungsvereinbarung

Name	Vorname	Titel.
------	---------	--------

Anschrift der Praxis (ggf. Praxisstempel)

Telefon	Fax	eMail
---------	-----	-------

Betriebsstättennummer	Institutionskennzeichen (IK-Nummer)
-----------------------	-------------------------------------

Bankverbindung / Institut	Konto-Nr.	BLZ
---------------------------	-----------	-----

Praxissoftware

Öffnungszeiten	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	Sonst.
----------------	----	----	----	----	----	----	--------

Ärzte der Praxis Name	Vorname	Titel	Lebenslange Arzt-Nr.:
--------------------------	---------	-------	-----------------------

Ich/Wir bin/sind im Rahmen der IV-Verträge für Ärzte der folgenden Verbände tätig:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Augen-Verbund-Berlin e.V. | <input type="checkbox"/> Chirurgisch/Orthopädischer-Verbund-Berlin e.V. |
| <input type="checkbox"/> Gyn-Verbund-Berlin e. V. | <input type="checkbox"/> HNO-Verbund-Berlin e. V. |

Die laut Dienstleistungsvereinbarung laufende monatliche Kostenpauschale beträgt 15,-€ je Praxis zzgl. gesetzl. geltender Mehrwertsteuer 19% 2,85 €
Die Zahlungen sind auf das Konto der Auftragnehmerin Irene Tell, Kto.-Nr. 0136175200, BLZ 12080000, bei der Dresdner Bank Berlin, zu leisten.

Die Zahlung erfolgt: monatlich (17,85 €) halbjährl. (107,10 €) jährlich (214,20 €)

Berlin, den _____

Auftraggeber (Praxis)

Vereinbarung bitte faxen an I. Tell Fax : 030 / 65 66 77 89

Original

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen mittels Lastschriften

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos mittels Lastschrift einzuziehen. Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Name und genaue Anschrift des Zahlungspflichtigen		

Konto-Nr. des Zahlungspflichtigen	bei der (genaue Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstitutes)	Bankleitzahl

Zahlung wegen (Verpflichtungsgrund evtl. Betragsbegrenzung)
Dienstleistungsvereinbarung IV vom ____ . ____ . _____

Bitte Original per Post zurücksenden. Zweitschrift für Ihre Unterlagen.

An (Zahlungsempfänger)

nfu.
Netzwerk für Unternehmensberatung
Irene Tell
Uhlenhorster Str. 10

12555 Berlin

Ort, Datum
Unterschrift

Zweitschrift

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen mittels Lastschriften

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos mittels Lastschrift einzuziehen. Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Name und genaue Anschrift des Zahlungspflichtigen		

Konto-Nr. des Zahlungspflichtigen	bei der (genaue Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstitutes)	Bankleitzahl

Zahlung wegen (Verpflichtungsgrund evtl. Betragsbegrenzung)
Dienstleistungsvereinbarung IV vom ____ . ____ . _____

Zweitschrift für Ihre Unterlagen.

An (Zahlungsempfänger)

nfu.
Netzwerk für Unternehmensberatung
Irene Tell
Uhlenhorster Str. 10

12555 Berlin

Ort, Datum
Unterschrift