

Zulassungsausschuss für Ärzte
- Hamburg -
Postfach 76 06 20
22056 Hamburg

Selbstschuldnerische Bürgschaftserklärung

Hinweis: Im Folgenden wird aus Vereinfachungsgründen als geschlechtsneutrale Bezeichnung die männliche Form verwendet. Zudem wird unter der Bezeichnung "Vertragsarzt" auch Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verstanden.

Datenschutz: Die Information der betroffenen Person bei der Erhebung von personenbezogenen Daten gemäß Art. 13 und 14 DSGVO der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) finden Sie im Internet unter:

<http://www.kvhh.net/kvhh/info/datenschutz>

Sofern Sie keinen Internetzugang haben oder aus sonstigen Gründen eine Übersendung in Papierform wünschen, teilen Sie uns dies bitte mit.

Der Unterzeichner dieser selbstschuldnerischen Bürgschaft ist Gesellschafter der:

Name des MVZ GmbH

- im Folgenden "MVZ" genannt -

Straße und Hausnummer	PLZ	Ort
-----------------------	-----	-----

Voraussetzung für die Zulassung eines Medizinischen Versorgungszentrums in der Rechtsform einer GmbH ist gem. § 95 Abs. 2 Satz 6 SGB V, dass alle Gesellschafter selbstschuldnerische Bürgschaftserklärung für Forderungen von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen gegen das MVZ aus dessen vertragsärztliche Tätigkeit abgeben; dies gilt auf für Forderungen, die die erst nach Auflösung eines MVZ fällig werden (**nachfolgend "Rechtshhältnis" genannt**).

Vor diesem Hintergrund erkläre ich das Folgende:

Ich,

Rufname und Name des Bürgen	Anschrift des Bürgen
-----------------------------	----------------------

- im Folgenden "Bürge" genannt -

übernehme für **sämtliche bestehenden und künftigen, auch bedingten oder befristeten, auch gesetzlichen Ansprüche der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg und der Krankenkassen, die sich im Zusammenhang mit o.g. Rechtsverhältnis gegen das MVZ oder dessen Rechtsnachfolger erwerben die unbedingte und unbefristete selbstschuldnerische Bürgschaft.**

Ort und Datum

Unterschrift