

**Dienststelle Gesundheit und Sport**

**Beitrittserklärung zu den Schulimpfverträgen Kanton Luzern**

Anrede  Frau  Herr

Name / Vorname .....

Praxisadresse .....

.....

.....

Tel- / Fax-Nr. ....

E-Mail .....

**Bankverbindung:** (Bitte legen Sie einen Einzahlungsschein bei)

Bank/Filiale .....

IBAN .....

Die unterzeichnende Schulärztin bzw. der unterzeichnende Schularzt erklärt hiermit den Beitritt zu den Tarifverträgen der tarifsuisse ag und der Einkaufsgemeinschaft HSK (Vertragsbeginn: 01.07.2013) betreffend "Impfungen von Schulkindern im Rahmen des Schulärztlichen Dienstes des Kantons Luzern gemäss Art. 12a KLV" und bestätigt mit dessen Inhalt einverstanden zu sein und sämtliche Pflichten, die sie/ihn daraus betreffen, zu erfüllen. Eine Kopie der Tarifverträge kann bei der Dienststelle Gesundheit und Sport angefordert werden.

.....  
Ort / Datum

.....  
Stempel und Unterschrift

Diese Beitrittserklärung senden Sie bitte an:  
Dienststelle Gesundheit und Sport, Meyerstrasse 20, Postfach 3439, 6002 Luzern