

Beitrittserklärung zu den Schulimpfverträgen Kanton Luzern

Beitrittsformular für Schulärztinnen und Schulärzte

Anrede	<input type="radio"/> Frau <input type="radio"/> Herr
Name	
Vorname	
ZSR-Nr.	
Strasse und Nummer	
PLZ und Ort	

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 ihn daraus betreffen, zu erfüllen.

Ort und Datum:

.....

Stempel und Unterschrift:

.....

Die oben erwähnten Tarifverträge finden Sie unter www.gesundheit.lu.ch/schulimpfungen über das Schulärzte-Login. Username und Passwort für das Schulärzte-Login erhalten Sie per Informationsschreiben der zuständigen Gemeinde (Volksschulen) oder über die Dienststelle Gesundheit (Kantons-, Privat- und Sonderschulen), Tel. 041 228 46 84.

Diese Beitrittserklärung ist via die zuständige Gemeinde (Volksschule) oder bei Kantons-, Privat- und Sonderschulen dem Kanton Luzern (Kanton Luzern, Dienststelle Gesundheit, Meyerstrasse 20, Postfach 3439, 6002 Luzern) zuzustellen.