

**Verbindliche Beitrittserklärung**

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zu der ab 01.09.2014 zwischen dem BGSD und den Kranken- und Pflegekassen in Bayern abgeschlossenen Vereinbarung über die Kostenübernahme bei Inanspruchnahme von Gebärdensprachdolmetschern aus medizinischen Gründen durch hörbehinderte Mitglieder und anspruchsberechtigte Familienangehörige.

Die Verpflichtungen, die aus o.g. Vereinbarung entstehen, insbesondere die Verpflichtung zur Verschwiegenheit der mir bekannt werdenden Sozialdaten, werde ich gegen mich gelten lassen. Die Vereinbarung ist dieser Beitrittserklärung als Anlage beigefügt.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift, Stempel und Adresse des Gebärdensprachdolmetschers)

\_\_\_\_\_  
Institutionskennzeichen