

## Teilnahmeerklärung

zur alternativen, bedarfsorientierten betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Betreuung gemäß Anlage 3 zu § 2 Abs. 4 der Unfallverhütungsvorschrift „Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit“ (DGUV Vorschrift 2)

zwischen der

### Zahnärztekammer Nordrhein

Hammfelddamm 11, 41460 Neuss

(nachfolgend „Auftragnehmerin“ genannt)

Und

Name:

Strasse:

PLZ:

Ort:

Telefon:

E-Mail-Adresse:

Mitglied.-Nr. Berufsgenossenschaft:

(  ) Einzelpraxis; (  ) Gemeinschaftspraxis; (  ) Praxisgemeinschaft\*

\*Bei Praxisgemeinschaften mit eigenem Personal ist für jeden der in der Organisationsgemeinschaft zusammengeschlossenen Praxen eine getrennte Anmeldung erforderlich, da jede Praxis bei der BGW als eigener Betrieb geführt wird.

(nachfolgend „Auftraggeber“ genannt)

1. Hiermit erkläre ich die Teilnahme an der alternativen, bedarfsorientierten betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Betreuung gemäß Anlage 3 zu § 2 Abs. 4 DGUV Vorschrift 2 der fachkundigen Stelle BuS-Dienst der Zahnärztekammer Nordrhein und verpflichte mich, den Erfordernissen der DGUV Vorschrift 2 nachzukommen.
2. Voraussetzung zur Teilnahme an der Alternativen Betreuung ist die Teilnahme an einer fünfstündigen Motivations- und Informationsmaßnahme (MIM) der Zahnärztekammer Nordrhein. Bis zum Absolvieren der MIM unterliegt die Praxis der Regelbetreuung nach DGUV Vorschrift 2. Im Anschluss können Sie wahlweise jährlich an einer für die Alternativbetreuung anerkannten 1,5-stündigen Fortbildung

teilnehmen, oder Sie frischen nach spätestens 5 Jahren Ihre Kenntnisse in einer fünfstündigen MIM auf.

3. Bei der Teilnahme am BuS-Dienst der Zahnärztekammer Nordrhein entfallen feste Einsatzzeiten für Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit. Der Praxisinhaber verpflichtet sich, die arbeitsmedizinische Vorsorge bzw. Einstellungs- bzw. Eignungsuntersuchungen zu organisieren und den Beschäftigten verbindliche Betriebsärztinnen/-ärzte zu benennen. Bei Bedarf lassen Sie sich beraten oder veranlassen Begehungen der Praxisräume durch die bei der Fachkundigen Stelle BuS-Dienst der Zahnärztekammer Nordrhein angestellten Fachkräfte für Arbeitssicherheit oder den kooperierenden Betriebsärzten. Ansprechpartner bei der Zahnärztekammer Nordrhein ist Sicherheitsingenieur und Fachkraft für Arbeitssicherheit:

Jan-Philipp Hefer

Hammfelddamm 11

41460 Neuss

tel. 02131/ 53119-389; E-Mail: [hefer@zaek-nr.de](mailto:hefer@zaek-nr.de)

Die Liste der Betriebsärzte wird online zur Verfügung gestellt. Durch die Inanspruchnahme der Leistungen der Fachkräfte für Arbeitssicherheit und Betriebsärzte sind weitere Kosten verbunden, welche nicht Teil der alternativen, bedarfsorientierten betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Betreuung gemäß Anlage 3 zu § 2 Abs. 4 DGUV Vorschrift 2 ist.

4. Die Gestellung der alternativen bedarfsorientierten Betreuung durch uns als Kooperationspartner der BGW ist mit einer telefonischen Beratungsdienstleistung verbunden. Diese telefonische Beratungsdienstleistung wird gegenwärtig jeweils Dienstag und Donnerstag von 08:00-12:00 Uhr angeboten und wird vom Vertragspartner bei Bedarf in Anspruch genommen. Die telefonische Beratungsdienstleistung ist somit Vertragsbestandteil unserer anlassbezogenen und bedarfsorientierten Betreuung und wird kostenlos gestellt.
5. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die BGW über die Teilnahme meiner Praxis an der alternativen, bedarfsorientierten betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Betreuung gemäß Anlage 3 zu § 2 Abs. 4 DGUV Vorschrift 2, die Teilnahme an allen unter Ziffer 2. genannten MIM und Fortbildungen und die Beendigung der Teilnahme an der alternativen, bedarfsorientierten

betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Betreuung durch die Fachkundige Stelle BuS-Dienst der Zahnärztekammer Nordrhein in Kenntnis gesetzt wird (dies beinhaltet die Übermittlung des Datums der MIM und ggf. der Fortbildungen, Nennung von Praxisname, jeweils aktuelle Adressdaten, Name des Praxisinhabers, ggf. Name des Verantwortlichen für den Arbeitsschutz und das Datum der Beendigung der Teilnahme).

6. Die Dienstleistungen der Fachkundigen Stelle BuS-Dienst der Zahnärztekammer Nordrhein können ganz oder teilweise von der ZÄK-NR Service GmbH durchgeführt werden. Die Zahnärztekammer Nordrhein kann die Rechte und Pflichten aus dieser Betreuungsvereinbarung und anderen Verträgen in Zusammenhang mit der Fachkundigen Stelle BuS-Dienst an die ZÄK-NR Service GmbH ganz oder teilweise abtreten. Ich bin damit einverstanden.

Ich willige ein, dass die Daten und Informationen zu meiner Person und der Praxis von der Fachkundigen Stelle BuS-Dienst der Zahnärztekammer Nordrhein an die ZÄK-NR Service GmbH übermittelt und dort gespeichert und verarbeitet werden. Dies beinhaltet insbesondere die Übermittlung des Datums der MiM und der Fortbildungen, den Praxisnamen, die Adress- und Kommunikationsdaten, Name und Vorname des Praxisinhabers, Name und Vorname des Verantwortlichen für den Arbeitsschutz und das Datum der Beendigung der Teilnahme.

Die Zahnärztekammer Nordrhein ist zudem berechtigt, die Daten des Zahnarztes an die ZÄK-NR Service GmbH zu übermitteln, wenn und soweit dies zur Durchführung und Erfüllung des Vertrages (z.B. für Versand, Rechnungsstellung oder BuS-Betreuung) gemäß Art. 6 Abs. 1 b) DSGVO oder zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung im Sinne des Art. 6 Abs. 1 c) DSGVO erforderlich ist.

7. Zur Teilnahme am BuS-Dienst der Zahnärztekammer Nordrhein erheben wir eine Jahrespauschale von 99 Euro incl. MwSt. pro Praxis und Jahr. Der Vertrag wird, sich orientierend an dem Wiederholungsintervall der MIM, für eine Laufzeit von 5 Jahren festgelegt. Die Vereinbarung kann mit einer Frist von drei Monaten zum 31.12. der Fünf- Jahresfrist gekündigt werden. Die Kündigung bedarf der Schriftform. Der Vertrag endet, ohne dass es einer Kündigung bedarf, bei Tod des Auftraggebers bzw. bei Verkauf der Praxis, bei Wechsel des Praxisinhabers sowie in dem Fall, dass durch Personalabbau die Verpflichtung zum Nachweis einer betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Betreuung entfällt.

8. Die diesbezüglichen datenschutzrechtlichen Informationen in der Anlage habe ich zur Kenntnis genommen und verstanden.

9. Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam oder undurchführbar sein oder nach Vertragsschluss unwirksam oder undurchführbar werden, bleibt davon die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen unberührt. An die Stelle der unwirksamen oder undurchführbaren Bestimmung soll diejenige wirksame und durchführbare Regelung treten, deren Wirkungen der wirtschaftlichen Zielsetzung am nächsten kommen, die die Vertragsparteien mit der unwirksamen bzw. undurchführbaren Bestimmung verfolgt haben. Die vorstehenden Bestimmungen gelten entsprechend für den Fall, dass sich der Vertrag als lückenhaft erweist

Mit meiner Unterschrift erkläre(n) ich (wir) mich (uns) mit der unter Punkt 1. genannten Teilnahme am Unternehmermodell und der Übermittlung der unter Punkt 5. genannten Daten an die BGW einverstanden.

---

Ort / Datum

---

Unterschrift des Praxisinhaber/-In

# SEPA Lastschriftmandat / SEPA Direct Debit Mandate

für SEPA Lastschriftverfahren / for Sepa Core Direct Scheme



Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger) *Wiederkehrende Zahlungen*  
Creditor's Name & address *Bus Dienst /*

*Recurrent Payments*

ZAHNÄRZTEKAMMER  
NORDRHEIN

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Zahnärztekammer Nordrhein Hammfelddamm 11 41460 Neuss
---

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier DE31ZZZ00000995116
Mandatsreferenz / Mandate reference Mitgliedsnummer

Ich ermächtige (Name des Zahlungsempfängers), Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von (Name des Zahlungsempfängers) auf mein Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

By signing this mandate form, you authorise to send instructions to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instructions from

Name des Zahlungsempfängers / Creditor's Name Zahnärztekammer Nordrhein
--

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

As part of your rights, you are entitled to refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Kontoinhaber (Vorname, Name) / Name of debtor
Straße, Hausnummer / Street name and number
PLZ, Ort / Postal code and city
Land / Country
IBAN / Account number-IBAN
BIC* / Swift BIC

\* Hinweis: Ab dem 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt

**Sollten sich Ihre Kontodaten ändern, bitten wir Sie, uns die neue Bankverbindung schriftlich mitzuteilen, andernfalls können Ihnen zusätzliche Kosten durch anfallende Säumniszuschläge entstehen.**

Ort, Datum / Location, date

Unterschrift / Signature

Zur Erleichterung des Zahlungsverkehrs beträgt die Frist für die Information vor Einzug einer fälligen Zahlung mindestens einen Tag vor Belastung des Kontos. Fälligkeiten und Beiträge, die Ihnen bereits bekannt gegeben worden sind, behalten Ihre Gültigkeit und werden zum Fälligkeitszeitpunkt eingezogen.