

Zurück an

AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse  
Bereich Hilfsmittel – Fahrkosten  
Team Fahrkosten  
Kasernenstraße 61  
40213 Düsseldorf

## Anerkenntnis-Erklärung

Firmen-Name: \_\_\_\_\_  
Inhaber: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_  
IK (Institutionskennzeichen): \_\_\_\_\_

Hiermit erkenne/n ich/wir den unter

<http://www.aok-gesundheitspartner.de/rla/krankentransport/index.html>

eingestellten Vertrag der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse nach § 133 SGB V über die Durchführung von Krankenfahrten rollstuhlgebundener Fahrgäste (Behindertenfahrten) mit Mietwagen/Vertragsnummer 4620B00 einschließlich der Anlage an. Eine Kopie des Vertrages liegt mir/uns vor bzw. habe/n ich/wir unter der oben genannten Internetadresse eingesehen.

Ich/Wir erbringen Krankenfahrten mit Mietwagen.

Unsere Vertragsverpflichtungen sind uns bekannt.

Änderungen bezüglich der Voraussetzungen unserer Leistungsberechtigung werde/n ich/wir der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse, Kasernenstraße 61, 40213 Düsseldorf unverzüglich mitteilen.

Die **Gewerbeanmeldung** meines/unseres Betriebes sowie die entsprechende(n) **Genehmigungskurkunde(n)** der Fahrzeuge und Kopie(n) des **Fahrzeugscheins/der Fahrzeugscheine ist/sind beigefügt.**

Mir/Uns ist bekannt, dass der oben genannte Vertrag erst mit der schriftlichen Annahme dieser Anerkenntniserklärung durch die AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse in Kraft tritt und ich/wir erst zu diesem Zeitpunkt leistungsberechtigt bin/sind. Eine Bestätigung hierüber erhalte(n) ich/wir.

---

Ort, Datum

Unterschrift