

## **Ermächtigungserklärung für Abrechnungsstellen**

Hiermit erkläre ich, dass die Abrechnungsstelle

Firma: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

IK: \_\_\_\_\_

ab dem \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_ermächtigt ist, sämtliche von mir nach den Bestimmungen dieses Vertrages für Versicherte der AOK Bremen/Bremerhaven erbrachten Leistungen mit schuldbefreiender Wirkung mit der AOK Bremen/Bremerhaven abzurechnen. Diese Ermächtigung gilt für den Hauptsitz sowie die ggf. gemeldete(n) Filiale(n) meines Unternehmens.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel/Unterschrift des Leistungserbringers

Tabelle für die Betriebsstättenauflistung:

IK	Name	PLZ	Ort