

Name zuständiger Arbeitsgemeinschaft:

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

Anerkenniserklärung nach § 124 Absatz 1 Nr. 3 und § 124 Absatz 6 Satz 1 SGB V

Institutionskennzeichen:

(Vor- und Zu-) Name/Firmierung des zuzulassenden bzw. zugelassenen Leistungserbringers:

.....
.....

Geburtsdatum (bei natürlichen Personen):

Praxissitz: Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

Telefon und Faxnummer der Praxis:

E-Mail der Praxis:

ggf. Name des Berufsverbandes:

Hiermit erkenne ich den Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V zwischen den für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer der Ernährungstherapie maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene und dem GKV-Spitzenverband über die Versorgung mit Leistungen der Ernährungstherapie und deren Vergütung einschließlich aller Anlagen in der jeweils gültigen Fassung an. Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages werden mir gegenüber ohne weitere Anerkenniserklärung verbindlich.

Ich verpflichte mich, den von mir eingesetzten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern die Bestimmungen des Vertrages zur Kenntnis zu bringen und deren Beachtung durch sie in geeigneter Weise zu überwachen. Jegliches Fehlverhalten dieser Personen bei der Erfüllung der mir obliegenden Pflichten habe ich wie eigenes Verschulden zu vertreten. Die zivilrechtlichen Haftungsbestimmungen bleiben unberührt.

Informationen gemäß § 3 Absatz 5 über die von mir eingesetzten Leistungserbringer sowie Angaben gemäß § 11 Absatz 8 des Vertrages nach § 125 Absatz 1 SGB V füge ich anbei.

.....
Ort, Datum

.....
Stempel, Unterschrift der Inhaberin oder des Inhabers