

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