

Beitrittserklärung

zum _____

Apotheke - Hauptbetrieb (Name, Firmenbezeichnung,)

(Institutionskennzeichen - IK)

(Inhaber/Geschäftsführer)

(Fachliche Leitung)

Betriebssitz (Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer und Telefonnummer; E-Mail-Adresse)

Ich/wir erkenne(n) den mir/uns ausgehändigten Vertrag zur Versorgung zum Vertrag gemäß § 127 Abs. 2 SGB V über die Versorgung der Anspruchsberechtigten im Land Bremen mit bestimmten Hilfsmitteln vom 01.04.2013 an und verpflichte(n) mich/uns die vertraglichen Bedingungen zu erfüllen. Ich/wir bin/sind damit einverstanden, dass spätere Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages mir/uns gegenüber ohne weitere Anerkennung verbindlich werden, soweit ich/wir diese Anerkennnis-Erklärung nicht innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe schriftlich widerrufe/n.

Die Leistungspflicht der Apotheke bezieht sich auf folgende Betriebe, deren fachliche Leiter die vertraglichen Bedingungen durch die folgende Unterschrift anerkennen:

IK	Name und Anschrift	Grundsätzliche Eignung gemäß § 3 des Rahmenvertrages erfüllt für folgende Produktgruppen	Fachliche Leitung	Unterschrift

Ich/wir verpflichte(n) mich/uns, meinen/unseren Erfüllungsgehilfen die Bestimmungen des Vertrages zur Kenntnis zu bringen und deren Beachtung durch sie in geeigneter Weise zu überwachen.

Der Präqualifizierungsnachweis ist für den Hauptbetrieb und jeden Filialbetrieb beigelegt.

Ort, Datum

Stempel/ Unterschrift des Leistungserbringers Hauptbetrieb