

## Beitrittserklärung

zum \_\_\_\_\_

---

Leistungserbringer 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 XX.XX.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 Anerkenntnis-Erklärung nicht innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe schriftlich widerrufe/n.

Die Leistungspflicht des Leistungserbringers 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