

Beitrittserklärung

nach § 127 Abs. 2a SGB V zum

**Vertrag über die Versorgung der tracheotomierten und/oder laryngektomierten Versicherten
der AOK Bremen/Bremerhaven mit Hilfsmitteln nach §127 Abs. 2 SGB V**

LEGS 1504250

Stand: 01.05.2014

Leistungserbringer (Name, Firmenbezeichnung)		
IK-Zeichen	Tel.-Nr.	Fax-Nr.
Inhaber/Geschäftsführer	E-Mail-Adresse	
Betriebssitz (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)		

Hiermit erkläre/n ich/wir meinen/unseren Beitritt zu dem o. g. Vertrag sowie allen zu seiner Durchführung getroffenen Vereinbarungen und verpflichte/n mich/uns, die vertraglichen Bedingungen zu beachten.

Der Beitritt gilt neben meinem o. g. Betrieb auch für die folgenden Institutionskennzeichen:

IK-Zeichen	Name/Firmenbezeichnung	PLZ/Ort	Straße, Hausnummer
IK-Zeichen	Name/Firmenbezeichnung	PLZ/Ort	Straße, Hausnummer
IK-Zeichen	Name/Firmenbezeichnung	PLZ/Ort	Straße, Hausnummer
IK-Zeichen	Name/Firmenbezeichnung	PLZ/Ort	Straße, Hausnummer
IK-Zeichen	Name/Firmenbezeichnung	PLZ/Ort	Straße, Hausnummer

Ich/wir erkläre/n, dass die vertraglich geregelten Voraussetzungen oder Präqualifizierungskriterien für jede der o. g. Betriebsstätten erfüllt werden. Mir/uns ist bekannt, dass das Versorgungsrecht entfällt, sobald die vertraglichen Voraussetzungen oder die Präqualifizierungskriterien nicht mehr vorliegen.

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers