

Beitrittserklärung

zum Vertrag über die Versorgung mit
aufsaugenden Inkontinenzartikeln nach
§ 127 Abs. 2 SGB V (Vertragsnummer 1x 07 D 06)



Leistungserbringer (Name, Firmenbezeichnung)		
Institutionskennzeichen	Tel.-Nr.	Fax-Nr.
Geschäftsführung	E-Mail-Adresse	
Betriebssitz (Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer)		

Hiermit trete/n ich/wir dem mir/uns ausgehändigten Vertrag über die Versorgung mit aufsaugenden Inkontinenzhilfsmitteln (Vertragsnummer 1x 07 D 06) bei und verpflichten uns, die vertraglichen Bedingungen zu beachten. Dies gilt für den Hauptbetrieb und für die bei Vertragsabschluss bzw. künftig bestehende/n Filiale/n des Hauptbetriebes.

Ich möchte landesweit, d. h. im gesamten Geltungsbereich des Vertrages und unabhängig vom Wohnort (ggf. auch außerhalb Niedersachsens) die Versicherten der AOK Niedersachsen versorgen.

Ich möchte nur regional versorgen.

Weitere bestehende Institutionskennzeichen, unter denen ebenfalls eine Versorgung und/oder Abrechnung gemäß diesem Vertrag erfolgen soll, füge/n ich/wir dieser Beitrittserklärung auf einem gesonderten Blatt anbei.

Ich/wir erfülle/n die Teilnahmevoraussetzungen nach § 3 in Verbindung mit der Anlage 1 für die Abgabe der in § 1 Abs. 1 genannten Produkte und kann/können diese auf Verlangen nachweisen.

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 Beitrittserklärung nicht innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe schriftlich widerrufe/n.

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.

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers

**Angaben zur Versorgung mit
aufsaugenden Inkontinenzhilfsmitteln
(Vertragsnummer 1x 07 D 06)**

Vertragspartner:

Hauptinstitutionszeichen:

Ggf. weitere Institutionskennzeichen:

Kontaktdaten Hauptfiliale für AOK-Mitarbeitende (damit wir Sie direkt erreichen können)

Telefonnummer
Faxnummer
E-Mail-Adresse
Ansprechperson/Teamname

Kontaktdaten Hauptfiliale für AOK-Versicherte (damit wir unsere Versicherten konkret informieren können)

Telefonnummer (für Bestellungen, Beratungen)
Faxnummer
E-Mail-Adresse
Ansprechperson/Teamname
Homepage (optional: sofern Kunden auch über diesen Kanal Kontakt aufnehmen können)