

Beitrittserklärung

AC/TK: 19 21 515

Ich/wir erkenne(n) den von der AOK NordWest geschlossenen Vertrag nach § 127 Abs. 1 SGB V über die Versorgung mit Hilfsmitteln der Produktgruppe 15 (aufsaugende Inkontinenzhilfsmittel) vom 01.02.2022 an und lasse(n) diesen einschließlich seiner Anlagen in der jeweils gültigen Fassung gegen mich/uns gelten.

Ich/wir trete(n) diesem Vertrag ab _____ bei.

Ein Exemplar des oben genannten Vertrages mit allen Anlagen habe(n) ich/wir erhalten.
Wichtig: Für jede Betriebsstätte ist eine eigene Beitrittserklärung abzugeben.

Leistungserbringer (Name, Firmenbezeichnung)

Institutionskennzeichen* / Tel.-Nr. / Fax-Nr.

Inhaber/Geschäftsführer / E-Mail-Adresse

Fachlicher Leiter der Betriebsstätte (Vorname und Zuname)

Betriebssitz (Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer)

Internetseite

Service-Nr. für Kunden zur telefonischen Erreichbarkeit

Zeitraum der Erreichbarkeit

** Institutionskennzeichen über das abgerechnet wird*

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 widerrufen.

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringer