

**Anlage 7 Beitrittserklärung\***

Hiermit tritt die Firma (Hauptfiliale): \_\_\_\_\_

Straße/HNR/PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Telefax: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

dem oben genannten Vertrag in der geltenden Fassung bei.

Ich bin Mitglied eines Fach-/Berufsverbandes/einer anderen Leistungserbringerorganisation

Name des Verbandes/seit wann: \_\_\_\_\_

Die Beitrittserklärung gilt für folgende Filialen (ggf. gesonderte Liste beifügen):

IK	Anschrift	Versorgungsbereiche
		<input type="checkbox"/> AC/TK XX/14/329 - Insulinpumpen (03E) <input type="checkbox"/> AC/TK XX/14/330 - Zubehör und Verbrauchsmaterial zur Insulinpumpentherapie (03B, 21B10) <input type="checkbox"/> AC/TK XX/14/331 - Sonstige Artikel Insulintherapie (persönliche Abgabe) (03B, 21B10) <input type="checkbox"/> AC/TK XX/14/332 - Sonstige Artikel Insulintherapie (Postversand) (03B, 21B10)
		<input type="checkbox"/> AC/TK XX/14/329 - Insulinpumpen (03E) <input type="checkbox"/> AC/TK XX/14/330 - Zubehör und Verbrauchsmaterial zur Insulinpumpentherapie (03B, 21B10) <input type="checkbox"/> AC/TK XX/14/331 - Sonstige Artikel Insulintherapie (persönliche Abgabe) (03B, 21B10) <input type="checkbox"/> AC/TK XX/14/332 - Sonstige Artikel Insulintherapie (Postversand) (03B, 21B10)
		<input type="checkbox"/> AC/TK XX/14/329 - Insulinpumpen (03E) <input type="checkbox"/> AC/TK XX/14/330 - Zubehör und Verbrauchsmaterial zur Insulinpumpentherapie (03B, 21B10) <input type="checkbox"/> AC/TK XX/14/331 - Sonstige Artikel Insulintherapie (persönliche Abgabe) (03B, 21B10) <input type="checkbox"/> AC/TK XX/14/332 - Sonstige Artikel Insulintherapie (Postversand) (03B, 21B10)

*Institutionskennzeichen, die nicht aufgeführt werden, sind nicht berechtigt im Rahmen dieses Vertrags zu versorgen und abzurechnen.*

1. Ich bin/Wir sind umfassend über die Inhalte des oben genannten Vertrags informiert. Die vertraglich vereinbarten Grundsätze und Ziele, die zu erbringenden Leistungen und die zu beachtenden Rechte und Pflichten sind mir/uns bekannt. Mit dieser Beitrittserklärung erkenne/n ich/wir alle Rechte und Pflichten an und Verpflichten mich/uns zu deren Einhaltung.
2. Ich/Wir verpflichte/n mich/uns, meinen/unseren Erfüllungsgehilfen die Bestimmungen des Vertrags zur Kenntnis zu bringen und deren Beachtung durch sie in geeigneter Weise zu überwachen.
3. Ich/Wir erkläre/n, dass die gemachten Angaben richtig sind und ich/wir damit einverstanden bin/sind, dass die AOK Sachsen-Anhalt die Angaben überprüft.

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- zukünftige Vertragsanpassungen, die mit den Verhandlungspartnern gemäß § 127 Abs. 1 SGB V vereinbart werden, werden mit dieser Erklärung anerkannt, ohne dass es dazu einer gesonderten Zustimmung bedarf.
- zukünftige Vertragsanpassungen, die mit den Verhandlungspartnern gemäß § 127 Abs. 1 SGB V vereinbart werden, werden mit dieser Erklärung nicht anerkannt. Hierzu ist eine neue Beitrittserklärung gemäß § 127 Abs. 2 SGB V erforderlich.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel/Unterschrift des Geschäftsführers

\* Sollten Sie Mitglied des Landesapothekerverbandes Sachsen-Anhalt e.V. (LAV) sein, senden Sie bitte die ausgefüllte Beitrittserklärung an den LAV. Der LAV wird die Beitrittserklärungen sammeln und der AOK übergeben.