

Beitrittserklärung

nach § 127 Abs. 2a SGB V zum

**Vertrag über die Versorgung der Versicherten der AOK Bremen/Bremerhaven mit
Beatmungsgeräten nach §127 Abs. 2 SGB V**

LEGS 1504245, 1504246

Stand: 08.07.2014

| | | |
|--|----------------|---------|
| 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/unserem 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