

Beitrittserklärung

nach § 127 Abs. 1 SGB V zum

Vertrag der AOK Bremen/Bremerhaven über die Versorgung der Versicherten der AOK Bremen/Bremerhaven mit Systemen zur Schlafapnoebehandlung (Produktgruppe 14)

LEGS: 15 04 C14

Stand: 01.09.2020

Hauptbetrieb

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 zum _____ und verpflichte/n mich/uns, die vertraglichen Bedingungen zu beachten.

Der Beitritt gilt neben dem o. g. Hauptbetrieb auch für die folgenden Institutionskennzeichen:

Filiale 1

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

Filiale 2

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

Filiale 3

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 _____