

Beitrittserklärung nach § 127 Abs. 2a SGB V

zum Vertrag über die Versorgung mit Bilevel-CPAP-Systemen mit ST-Funktion zur
Behandlung
schlafbezogener Atemstörungen nach § 127 Abs. 2 SGB V

Leistungserbringer (Name, Firmenbezeichnung):

Institutionskennzeichen:

Tel.-Nr.:

Fax-Nr.:

Inhaber/Geschäftsführer:

E-Mail-Adresse:

Betriebssitz (Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer):

Vertrag über die Versorgung mit Bilevel-CPAP-Systemen mit ST-Funktion zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen nach § 127 Abs. 2 SGB V:

Vertragsnummer (setzt sich zusammen aus: Leistungserbringergruppe – 07 – Vertragsnummer; z.B. 19-07-C80)

WICHTIG: Bitte wählen Sie die für ihren Betrieb geltende Schlüssel hier aus:

Leistungserbringergruppe: 11=Apotheke; 15=Sanitätshaus/Bandagist/ Orthopädietechniker; 19=Sonstiger Hilfsmittellieferant

Vertragsnummer: 1x07C80, 1x07C82

Hiermit trete/n ich/wir dem o.g. Vertrag sowie allen zu seiner Durchführung getroffenen sonstigen Vereinbarungen bei und verpflichte/n mich/uns, die vertraglichen Bedingungen zu beachten.

Hiermit erklären wir i.S.d. § 10 Abs. 2, dass eine Abrechnung nach dem Vertrag über die Versorgung mit Bilevel-CPAP-Systemen mit ST-Funktion zur Behandlung schlafbezogener Atemstörungen nach § 127 Abs. 2 SGB V ausschließlich für die nachfolgend aufgeführten Institutionskennzeichen erfolgt:

Institutionskennzeichen

Name, Firmenbezeichnung

PLZ, Ort

Straße, Hausnummer

Institutionskennzeichen

Name, Firmenbezeichnung

PLZ, Ort

Straße, Hausnummer

Institutionskennzeichen

Name, Firmenbezeichnung

PLZ, Ort

Straße, Hausnummer

Für weitere Institutionskennzeichen oder ergänzenden Angaben verwenden Sie bitte eine Anlage.

Ich/wir erkläre/n, dass ich/wir die in diesem Vertrag geregelten Voraussetzungen für jede Betriebsstätte, die nach diesem Vertrag Leistungen erbringt, erfülle/n und den Nachweis gegenüber der AOKN jederzeit erbringen kann/können, soweit dieser nicht im Rahmen des Präqualifizierungsverfahrens zu erbringen ist. Mir/uns ist bekannt, dass das vertragliche Versorgungsrecht entfällt, sofern die vertraglichen Voraussetzungen bzw. Präqualifikierungskriterien nicht oder nicht mehr vorliegen und dass für dennoch erfolgte Versorgungen kein Vergütungsanspruch besteht.

Alle tatsächlichen Umstände und Veränderungen, welche meine/unsere Eignungsvoraussetzungen nach diesem Vertrag oder die Präqualifizierung betreffen, sind von mir/uns unverzüglich, spätestens innerhalb von 14 Tagen, der AOKN schriftlich mitzuteilen.

Eine Abrechnung mit einem anderen als den genannten Institutionskennzeichen ist nur möglich, sofern ich/wir die AOKN hierüber im Vorfeld schriftlich informiert habe(n), die Voraussetzungen nach § 3 des o.g. Vertrages erfüllt sind und mir/uns eine schriftliche Zustimmung der AOKN für die Verwendung dieses Institutionskennzeichens vorliegt.

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.

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers