

**Anlage 5**  
**Beitrittserklärung zum Vertrag xx14335**

**Beitrittserklärung zum Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln der  
Sauerstofftherapie der Produktgruppe 14**  
(bitte in Druckschrift ausfüllen)

---

Leistungserbringer Hauptfiliale (Name, Firmenbezeichnung)

---

Institutionskennzeichen der Hauptfiliale (IK)

---

Inhaber/Geschäftsführer

Präqualifizierungsurkunde gültig vom \_\_\_\_\_ bis zum \_\_\_\_\_

---

Betriebssitz (Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer)

---

E-Mail, Telefonnummer, Faxnummer

Ich/wir erkenne(n) den mir/uns ausgehändigten Vertrag zur Versorgung mit Hilfsmitteln zur Sauerstofftherapie vom 01.12.2019 in der jeweils geltenden Fassung an und verpflichte(n) mich/uns die vertraglichen Bedingungen zu erfüllen.

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

Die Leistungspflicht bezieht sich auf folgende präqualifizierten Betriebsstätten:

Institutionskennzeichen	Anschrift	Fachlicher Leiter	14 F	PQ von / bis

Institutionskennzeichen, die hier nicht aufgeführt sind, können bei Antragstellungen und Abrechnungen von Versorgungsleistungen nicht verwendet werden.

Ich/wir verpflichte(n) mich/uns, meinen/unseren Erfüllungsgehilfen die Bestimmungen des Vertrages zur Kenntnis zu bringen und deren Beachtung durch sie in geeigneter Weise zu überwachen.

---

Ort, Datum

---

Stempel, Unterschrift des Geschäftsführers