

# Beitrittserklärung

nach § 127 Abs. 2a SGB V zum

## Vertrag über die Versorgung der Versicherten der AOK Bremen/Bremerhaven mit Hilfsmitteln der Produktgruppe 23 Orthesen

LEGS \_\_\_ 04 A23

Stand: 01.10.2015

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 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

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