

**Anlage 8 Beitrittserklärung gemäß § 127 Abs. 2 SGB V**  
(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

Mitglied der Landesinnung für Orthopädietechnik Sachsen-Anhalt, seit wann \_\_\_\_\_

Ich/wir erkenne(n) den mir/uns ausgehändigten Vertrag zur Versorgung mit Hilfsmitteln der PG 24 (Beinprothesen) und PG 38 (Armprothesen) vom 15.12.2019 in der jeweils geltenden Fassung an und verpflichte(n) mich/uns die vertraglichen Bedingungen für die aufgeführten Betriebsstätten zu erfüllen.

Die Leistungspflicht bezieht sich auf folgende präqualifizierten Betriebsstätten:  
(Bitte alle Filialen angeben)

Institutionskennzeichen	Anschrift	Fachlicher Leiter	24A	24B	38	PQ von / bis

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.

Institutionskennzeichen, die hier nicht aufgeführt sind, können bei Abrechnungen nicht verwendet werden.

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.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift des Geschäftsführers