Anlage 1 Beitrittserklärung

Hiermit tritt die

_____

Leistungserbringer Hauptfiliale (Name, Firmenbezeichnung)

_____ _____

Institutionskennzeichen der Hauptfiliale (IK) Inhaber/Geschäftsführer

_____

Betriebssitz (Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer)

_____

E-Mail, Telefonnummer, Faxnummer

dem oben genannten Vertrag in der geltenden Fassung bei.

Ich bin Mitglied eines Fach-/Berufsverbandes/einer anderen Leistungserbringerorganisation
Name des Verbandes/seit wann:_____.

Die Beitrittserklärung gilt ebenfalls für folgende Filialen (ggf. gesonderte Liste beifügen):

Institutionskennzeichen	Anschrift

Institutionskennzeichen, die nicht aufgeführt werden, sind nicht berechtigt im Rahmen dieses Vertrages zu versorgen und abzurechnen.

1. Ich bin/Wir sind umfassend über die Inhalte des oben genannten Vertrages informiert. Die vertraglich vereinbarten Grundsätze und Ziele, die zu erbringenden Leistungen und die zu beachtenden Rechte und Pflichten sind mir/uns bekannt. Mit dieser Beitrittserklärung erkenne/n ich/wir alle Rechte und Pflichten an und verpflichte/n mich/uns zu deren Einhaltung.
2. 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.
3. Ich/Wir erkläre/n, dass die gemachten Angaben richtig sind und ich/wir damit einverstanden bin/sind, dass die AOK Sachsen-Anhalt/Pflegekasse bei der AOK Sachsen- Anhalt die Angaben überprüft.

Zutreffendes bitte ankreuzen:

☐ zukünftige Vertragsanpassungen, die mit den Verhandlungspartnern gemäß § 127 Abs.1 SGB V vereinbart werden, werden mit dieser Erklärung anerkannt, ohne dass es dazu einer gesonderten Zustimmung bedarf.

☐ zukünftige Vertragsanpassungen, die mit den Verhandlungspartnern gemäß § 127 Abs.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