Beitritts- und Anerkenntniserklärung

Leistungserbringer

Name:

Str. Nr.:

PLZ, Ort:

IK:

Telefon:

Telefax:

E-Mail-Adresse:

Mitglied in Innung / Verband:

☐ ja; bitte hier benennen: ……

☐ nein

Hiermit trete ich nach § 127 Abs. 2 Satz 1 SGB V als versorgungsberechtigter bzw. präqualifizierter Leistungserbringer dem **Vertrag über die Versorgung mit Sehhilfen durch Augenoptiker gemäß § 127 Abs. 1 SGB V vom 01.12.2021** (AC/TK: 12 00 201) zu folgenden Versorgungsbereichen bei:

zutreffendes bitte ankreuzen

☐ Brillengläser (0001)

☐ Kontaktlinsen (0002)

☐ vergrößernde Sehhilfen (0003)

Ein Exemplar dieses Vertrages nebst allen Anlagen habe ich erhalten und lasse den Vertrag in seiner Gesamtheit gegen mich gelten. Als Vertragspartner erkläre ich mich bereit, die sich für mich aus diesem Vertrag ergebenden Pflichten ordnungsgemäß und mit größter Sorgfalt einzuhalten und zu erfüllen.

Weiterhin erkläre ich, dass ich meinem Beitritt zeitlich nachfolgende zwischen den vertragsschließenden Partnern vereinbarte Änderungen dieses Vertrages oder seiner Anlagen gegen mich gelten lasse, soweit ich nicht innerhalb von 4 Wochen nach Bekanntgabe der Vertragsänderungen von meinem fristlosen Sonderkündigungsrecht nach § 11 Abs. 4 des Vertrages Gebrauch gemacht habe.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift und Stempel