

Beitrittserklärung

nach § 127 Abs. 2a SGB V zum

Vertrag über die Versorgung der Versicherten der AOK Bremen/Bremerhaven mit Blindenhilfsmitteln und elektronisch vergrößernden Sehhilfen

LEGS ___ 04 260

Stand: 01.05.2015

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 für folgende Produktuntergruppen der Anlage 2:

- 25.00.21.8501 25.00.21.8502
 07.99.01.2 07.99.03.0 07.99.03.1 07.99.03.2

Der Beitritt gilt neben meinem/unserem o. g. Betrieb auch für die folgenden Institutionskennzeichen:

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 _____