

**Anerkenniserklärung  
zum**

.....  
**für Leistungserbringer**

\_\_\_\_\_  
Leistungserbringer Hauptbetrieb (Name, Firmenbezeichnung)

\_\_\_\_\_  
(Institutionskennzeichen - IK)

\_\_\_\_\_  
(Inhaber/Geschäftsführer)

\_\_\_\_\_  
Betriebssitz (Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer)

Ich/wir erkenne(n) den mir/uns ausgehändigten Vertrag zur Versorgung mit Hilfsmitteln vom 01.02.2015 an und verpflichte(n) mich/uns die vertraglichen Bedingungen zu erfüllen. Ich/wir bin/sind damit einverstanden, dass spätere Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages mir/uns gegenüber ohne weitere Anerkennung verbindlich werden, soweit ich/wir diese Anerkennnis-Erklärung nicht schriftlich widerrufe/n.

Die Leistungspflicht des Leistungserbringers bezieht sich auf folgende Filialbetriebe, deren fachliche Leiter die vertraglichen Bedingungen durch die folgende Unterschrift anerkennen:

IK	Name und Anschrift	Grundsätzliche Eignung gemäß § 3 Abs. 1 des Rahmenvertrages erfüllt für folgende Produktgruppen	Fachliche Leitung	Unterschrift

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.

Der Präqualifizierungsnachweis ist für den Hauptbetrieb und jeden Filialbetrieb beigelegt.

Mir ist bekannt, dass die Anerkennungserklärung und somit die Versorgungsberechtigung nach diesem Vertrag erst mit dem Tag, der durch den BKK LV bestätigt wurde, wirksam wird.

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

\_\_\_\_\_  
Stempel/ Unterschrift des Leistungserbringers Hauptbetrieb