

Beitrittserklärung

Zur Übersendung an das jeweilige CompetenceCenter Hilfsmittel der zuständigen AOK Bezirksdirektion

Wichtiger Hinweis: Für jeden Filialbetrieb ist bitte die Beitrittserklärung gesondert auszufüllen.

(Name/ggf. Rechtsform)	(Telefon/Fax)
(Straße/Hausnummer)	(E-Mail)
(Postleitzahl/Ort)	(Institutionskennzeichen)

§ 1 Grundsätzliches

Leistungserbringer können Verträgen der AOK Baden-Württemberg gemäß § 127 Abs. 2a SGB V zu gleichen Bedingungen als Vertragspartner beitreten, soweit sie nicht auf Grund bestehender Verträge bereits zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind.

§ 2 Erfüllung der Voraussetzungen für den Vertragsbeitritt

Der Beitretende sichert mit der Unterzeichnung zu, dass er zum Zeitpunkt des Vertragsbeitritts und während des gesamten Versorgungszeitraumes sowohl die vertraglichen als auch gesetzlichen Voraussetzungen gemäß § 126 Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB V erfüllt. Die hierfür gegebenenfalls noch zu erbringenden Nachweise sind dieser Beitrittserklärung beizufügen. Änderungen im Zusammenhang mit der Erfüllung der Voraussetzungen sind der AOK Baden-Württemberg unverzüglich schriftlich mitzuteilen.

§ 3 Nachträgliche Änderungen des Vertrages

Nachträgliche Vertragsänderungen werden für Beigetretene ohne weitere Anerkennung verbindlich. Der über den Beitritt geschlossene Vertrag kann innerhalb von 4 Wochen nach Kenntnisnahme der Änderungen fristlos schriftlich gekündigt werden, wenn hinsichtlich der Änderungen kein Einverständnis besteht. Dies gilt nicht für Mitglieder eines Verbandes, der den Vertrag mit Wirkung für seine Mitglieder geschlossen hat. Im Übrigen gilt § 2 Abs. 5 des Vertrages.

§ 4 Wirksamkeit des Beitritts

Der Beitritt wird wirksam, sobald die AOK Baden-Württemberg diesen nach Prüfung schriftlich bestätigt.

<u>Vertragstitel</u>	<u>Vertrag vom</u>	<u>AC/TK bzw. Vertragscode</u>
Vertrag gemäß § 127 Abs. 2 SGB V über die Versorgung der Versicherten der AOK Baden-Württemberg mit Stomaartikeln der Produktgruppe 29	01.01.2018	<input type="checkbox"/> 11 01 529
		<input type="checkbox"/> 15 01 529
		<input type="checkbox"/> 19 01 529

Ich/Wir erkläre/n, dass ich/wir den Leitfaden

(Link:<http://www.aokgesundheitspartner.de/bw/hilfsmittel/beitritt/index.html>) zum Vertragsbeitritt zur Kenntnis genommen habe/n. Ich/Wir bin/sind umfassend über die Inhalte der Verträge informiert. Ich/Wir erkläre/n, dass ich/wir dem aufgeführten Vertrag der AOK Baden-Württemberg beitreten möchte/n.

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift/Name des Leistungserbringers