

Anlage 2 Beitrittserklärung für Leistungserbringer

gemäß § 127 Abs. 2 SGB V für den Vertrag nach § 127 Abs. 2 SGB V zur Neuversorgung von Rehabilitationshilfsmitteln.

Es können nur Leistungserbringer am o. g. Vertrag teilnehmen, die die Voraussetzungen nach § 126 SGB V für die entsprechenden Produktgruppen erfüllen. Die „Beitrittserklärung für Leistungserbringer gemäß § 127 Abs. 2 SGB V“ ist daher in Verbindung mit den unter „Beitrittsvoraussetzungen“ benannten Nachweisen **für jede am Vertrag teilnehmende Betriebsstätte** auszufüllen unter folgender Postanschrift einzureichen:

mhplus Krankenkasse
 Franckstraße 8
 71636 Ludwigsburg

Abrechnungskennzeichen Tariffkennzeichen (AC / TK) 19 99 100			
Beitrittsvoraussetzungen (in Kopie)			
Beschreibung	Erläuterung		
Präqualifizierung nach § 126 SGB V	über die Abgabe der relevanten Hilfsmittel für die jeweilige(n) am Vertrag teilnehmende(n) Betriebsstätte(n)		
Zertifizierung	<ul style="list-style-type: none"> ○ DIN EN ISO 13485 oder ○ DIN EN ISO 13488 oder ○ DIN ISO 9001 		
Kontaktdaten zur Veröffentlichung der Vertragspartnerdatenbank³			
Firma			
Institutionskennzeichen			
Rechtsform			
vertretungsberechtigte Person ^{4, 5, 6, 7}			
Anschrift	Straße, Haus Nr.		
	PLZ		Ort
Telefon			Fax
Telefonnummer Servicehotline			
E-Mail			

³ Bitte wenn zutreffend, die Kästchen ankreuzen und mit Druckschrift schreiben.

⁴ Bei Einzelfirmen Unterschrift des Betriebsinhabers.

⁵ Bei Filialbetrieben Unterschrift des Betriebsinhabers und des Betriebsleiters.

⁶ Bei Personengesellschaften Unterschrift des persönlich haftenden Gesellschafters mit fachlicher Qualifikation.

⁷ Bei juristischen Personen Unterschrift des Vertretungsberechtigten und des technischen Betriebsleiters mit fachlicher Qualifikation.

Erklärung des Leistungserbringers			
	bundesweit	ODER Versorgungsgebiet nach PLZ 2-Steller	
PLZ 2-Steller - 0:		PLZ 2-Steller - 1:	
PLZ 2-Steller - 2:		PLZ 2-Steller - 3:	
PLZ 2-Steller - 4:		PLZ 2-Steller - 5:	
PLZ 2-Steller - 6:		PLZ 2-Steller - 7:	
PLZ 2-Steller - 8:		PLZ 2-Steller - 9:	
Mir liegt der Vertrag nach § 127 Abs. 1 SGB V zur Versorgung mit Rehabilitationshilfsmitteln vor.			
Ich erkenne hiermit alle Inhalte des Vertrages nebst seiner Anlagen für die vorgenannte Betriebsstätte an.			
Ich versichere, dass seit Ausstellung der Präqualifizierung für die vorgenannte Betriebsstätte keine Änderungen der tatsächlichen und rechtlichen Verhältnisse eingetreten sind, die eine Vertragsteilnahme nach § 127 Abs. 2 SGB V unwirksam werden lässt.			
Ich versichere, meine Berufshaftpflichtversicherung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden über die gesamte Vertragslaufzeit aufrecht zu halten.			
Ich bin darüber informiert, dass bei falschen oder unzutreffenden Angaben die Voraussetzungen gemäß § 126 SGB V nicht erfüllt sind und damit die Grundlage des nachfolgenden Vertragsschlusses gemäß § 127 Abs. 2 SGB V für die aufgeführte Betriebsstätte (sowohl für erstmalige Prüfungen als auch für Prüfungen infolge von Sachverhaltsveränderungen) entfällt.			
Ich versichere, Teilnahmevoraussetzungen und Versorgungsstandards und insbesondere die personellen Anforderungen entsprechend des Vertrages zu erfüllen.			
Ich verpflichte mich, meinen Erfüllungsgehilfen die Bestimmungen des Vertrages zur Kenntnis zu bringen und deren Beachtung durch sie in geeigneter Weise zu überwachen. Jegliches Fehlverhalten dieser Personen in Erfüllung der mir obliegenden Pflichten habe ich wie eigenes Verschulden zu vertreten. Die zivilrechtlichen Haftungsbestimmungen bleiben unberührt.			
Ich bin damit einverstanden, dass spätere Änderungen und/oder Ergänzungen dieses Vertrages mir gegenüber ohne weitere Anerkennung verbindlich werden, soweit ich den Änderungen und/oder Ergänzungen nicht innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe schriftlich widerspreche. Erfolgt ein fristgerechter Widerspruch, endet der Beitritt und damit die Versorgungsberechtigung.			
Ort/ Datum:		Stempel der Betriebsstätte:	
Unterschrift der vertretungsberechtigten Person			