

Per E-Mail an die zuständige Krankenkasse zu senden

Anlage 4 zum
Vertrag nach § 133 Abs. 1 SGB V vom 01.06.2023

Anerkenniserklärung/Beitrittserklärung zum Rahmenvertrag
für rollstuhlgebundene Fahrten mit dem BTW für Leistungserbringer, die nicht Mitglied im
Taxiverband NRW sind

Name des Betriebes: _____

Betriebsinhaber: _____

Straße, Hausnummer des Betriebssitzes: _____

Postleitzahl, Ort des Betriebssitzes: _____

Institutionskennzeichen (IK): _____

(bitte in Druckschrift eintragen)

Dem mir vorliegenden Vertrag nach § 133 Abs. 1 SGB V über die Durchführung und Vergütung von rollstuhlgebundenen Fahrten in Westfalen-Lippe vom 01.06.2023 trete ich bei (gilt für Betriebe die nicht Mitglied des Taxiverbandes NRW sind).

Die erforderlichen Unterlagen nach § 2 Abs. 1 des Vertrages habe ich beigelegt.

Ich verpflichte mich, meine Mitarbeiter über die Inhalte des Vertrages zu informieren und dessen Inhalte umzusetzen..

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass spätere Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages zum jeweiligen Zeitpunkt des Inkrafttretens mir gegenüber ohne weitere Anerkennung verbindlich werden.

Ort, Datum

Unterschrift der Betriebsinhaberin/Geschäftsführerin
Unterschrift des Betriebsinhabers/Geschäftsführers