

IKK Sachsen
Ressort Vertragspartner
Team Sonstige Vertragspartner
Frau Ina Kuhnt
Zschopauer Straße 190
09126 Chemnitz

Fax: (03 71) 48 06-48 99

Anerkenntnis-Erklärung

Hiermit erkenne(n) ich/wir den zwischen der IKK Sachsen und dem Landesverband der Sächsischen Taxi- und Mietwagenunternehmer e. V. (LVS) geschlossenen Vertrag zur Durchführung von Krankenfahrten mittels Taxi- und Mietwagenunternehmen an und verpflichte(n) mich/uns, alle im Vertrag vereinbarten Bedingungen zu erfüllen. Zu folgenden Anlagen sind die entsprechenden Nachweise beigelegt:

- Anlage 7: Ergänzung „Krankenfahrten für nicht umsetzbare Rollstuhlpatienten“
- Anlage 8: Ergänzung „Krankenfahrten als Liegend- und Tragestuhltransport“

Ich/wir bin/sind damit einverstanden, dass spätere Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages mit/uns gegenüber ohne weitere Anerkennung verbindlich werden, soweit ich/wir diese Anerkenntnis-Erklärung nicht schriftlich widerrufe(n).

Firma:

Name, Vorname

PLZ, Ort

Betriebssitzgemeinde
(einschließlich Telefon-
nummer)

IK-Nr. (wichtig)

(bzw. abrechnende Vereinigung/
Genossenschaft/
Abrechnungszentrum benennen)

Ort, Datum

Unterschrift des Leistungserbringers