

**Per E-Mail an die zuständige Krankenkasse zu senden**

**Anlage 4 zum  
Vertrag nach § 133 Abs. 1 SGB V vom 01.01.2026**

Anerkenniserklärung/Beitrittserklärung zum Rahmenvertrag  
für Krankenfahrten im Liegemietwagen/ Tragestuhl  
für Leistungserbringer, die nicht Mitglied des Taxi-Verbandes Nordrhein-Westfalen e.V. sind

Name des Betriebes: \_\_\_\_\_

Betriebsinhaber: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer des Betriebssitzes: \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort des Betriebssitzes: \_\_\_\_\_

Institutionskennzeichen (IK): \_\_\_\_\_

**(bitte in Druckschrift eintragen)**

**ACTK 46 21 JX2 = Betriebssitz in BO, DO, GE, HER, Witten und im Kreis RE**  
**ACTK 46 21 JX3 = Betriebssitz in BOT, HAM**

Dem mir vorliegenden Vertrag nach § 133 Abs. 1 SGB V über die Durchführung und Vergütung von Krankenfahrten im Liegemietwagen/ Tragestuhl im Ruhrgebiet vom 01.01.2026 trete ich bei (gilt für Betriebe die nicht Mitglied des Taxi-Verbandes Nordrhein-Westfalen e.V. 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