

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

**Per E-Mail an den vdek, Landesvertretung NRW/Geschäftsstelle Dortmund zu senden !**

**→ (gs-westfalen-lippe@vdek.com)**

Anerkenniserklärung/Beitrittserklärung zum Rahmenvertrag für rollstuhl-gebundene 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