Anlage 3 zum Rahmenvertrag vom 25.10.2004

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Landesvertretung Thüringen
Frau Marieke Fischer
Lucas-Cranach-Platz 2
99097 Erfurt
(Mail: marieke.fischer@vdek.com)

Beitrittserklärung zur 1. Ergänzungsvereinbarung zum Rahmenvertrag zur Durchführung von Krankenfahrten

zwischen dem Landesverband Thüringen des Verkehrsgewerbes e. V. sowie

- der vdek-Landesvertretung Thüringen
- dem BKK Landesverband Mitte, Landesvertretung Thüringen
- der IKK classic
- der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
- der KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion Frankfurt/Main
- der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV), Landesverband Mitte

Ich trete der zwischen den o. g. Parteien am 18.10.2023 vereinbarten 1. Ergänzungsvereinbarung zum Rahmenvertrag zur Durchführung von Krankenfahrten bei und verpflichte mich, alle zur Durchführung dieses Vertrages getroffenen Festlegungen anzuerkennen und die zwischen den Vertragspartnern vereinbarten Bedingungen zu erfüllen. Dazu zählen auch alle zukünftigen Ergänzungen und Änderungen des Vertrages.
Mit Beitritt zu diesem Vertrag verlieren vorherige geschlossene Vereinbarungen zu Krankenfahrten nicht umsetzbarer Rollstuhlfahrer ihre Gültigkeit.

Bezeichnung des Unternehmens:		**.....**
Name und Sitz des gesetzlichen Vertreters:		**.....**
Sitz des Unternehmens:	**Straße:**	**.....**
	PLZ, Ort:	**.....**
	Telefon:	**.....**
	E-Mail:	**……**
zugehöriger Landkreis/kreisfreie Stadt:		**.....**
Institutionskennzeichen:		**6 0 .....**
Bankverbindung:	**IBAN:**	**.....**
	BIC:	**.....**

Zugehörigkeit Verband: ☐ **Landesverband Thüringen des Verkehrsgewerbes e.V.**

Datum: ..... Unterschrift: .....

Anlage:

- Kopie der Genehmigungsurkunde(n) nach dem PBefG,
- Kopie/n bzw. Scan/s des/der TÜV-Zertifikates/e bzw. Zulassungsbescheinigung Teil I zum Nachweis der behindertengerechten Fahrzeuge

Anlage 3 zum Rahmenvertrag vom 25.10.2004

BKK Landesverband Mitte
Landesvertretung Thüringen
Frau Kerstin Stauffer
Pförtchenstraße 1
99096 Erfurt
(Mail: kerstin.stauffer@bkkmitte.de)

Beitrittserklärung zur 1. Ergänzungsvereinbarung zum Rahmenvertrag zur Durchführung von Krankenfahrten

zwischen dem Landesverband Thüringen des Verkehrsgewerbes e. V. sowie

- der vdek-Landesvertretung Thüringen
- dem BKK Landesverband Mitte, Landesvertretung Thüringen
- der IKK classic
- der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
- der KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion Frankfurt/Main
- der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV), Landesverband Mitte

Ich trete der zwischen den o. g. Parteien am 18.10.2023 vereinbarten 1. Ergänzungsvereinbarung zum Rahmenvertrag zur Durchführung von Krankenfahrten bei und verpflichte mich, alle zur Durchführung dieses Vertrages getroffenen Festlegungen anzuerkennen und die zwischen den Vertragspartnern vereinbarten Bedingungen zu erfüllen. Dazu zählen auch alle zukünftigen Ergänzungen und Änderungen des Vertrages.
Mit Beitritt zu diesem Vertrag verlieren vorherige geschlossene Vereinbarungen zu Krankenfahrten nicht umsetzbarer Rollstuhlfahrer ihre Gültigkeit.

Bezeichnung des Unternehmens:		**.....**
Name und Sitz des gesetzlichen Vertreters:		**.....**
Sitz des Unternehmens:	**Straße:**	**.....**
	PLZ, Ort:	**.....**
	Telefon:	**.....**
	E-Mail:	**……**
zugehöriger Landkreis/kreisfreie Stadt:		**.....**
Institutionskennzeichen:		**6 0 .....**
Bankverbindung:	**IBAN:**	**.....**
	BIC:	**.....**

Zugehörigkeit Verband: ☐ **Landesverband Thüringen des Verkehrsgewerbes e.V.**

Datum: ..... Unterschrift: .....

Anlage:

- Kopie der Genehmigungsurkunde(n) nach dem PBefG,
- Kopie/n bzw. Scan/s des/der TÜV-Zertifikates/e bzw. Zulassungsbescheinigung Teil I zum Nachweis der behindertengerechten Fahrzeuge

Anlage 3 zum Rahmenvertrag vom 25.10.2004

IKK classic
Geschäftsbereich Arznei-, Heil- & Hilfsmittel
Frau Sandra Rittler
Postfach 80 04 01
99030 Erfurt
(Mail: sandra.rittler@ikk-classic.de)

Beitrittserklärung zur 1. Ergänzungsvereinbarung zum Rahmenvertrag zur Durchführung von Krankenfahrten

zwischen dem Landesverband Thüringen des Verkehrsgewerbes e. V. sowie

- der vdek-Landesvertretung Thüringen
- dem BKK Landesverband Mitte, Landesvertretung Thüringen
- der IKK classic
- der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
- der KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion Frankfurt/Main
- der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV), Landesverband Mitte

Ich trete der zwischen den o. g. Parteien am 18.10.2023 vereinbarten 1. Ergänzungsvereinbarung zum Rahmenvertrag zur Durchführung von Krankenfahrten bei und verpflichte mich, alle zur Durchführung dieses Vertrages getroffenen Festlegungen anzuerkennen und die zwischen den Vertragspartnern vereinbarten Bedingungen zu erfüllen. Dazu zählen auch alle zukünftigen Ergänzungen und Änderungen des Vertrages.
Mit Beitritt zu diesem Vertrag verlieren vorherige geschlossene Vereinbarungen zu Krankenfahrten nicht umsetzbarer Rollstuhlfahrer ihre Gültigkeit.

Bezeichnung des Unternehmens:		**.....**
Name und Sitz des gesetzlichen Vertreters:		**.....**
Sitz des Unternehmens:	**Straße:**	**.....**
	PLZ, Ort:	**.....**
	Telefon:	**.....**
	E-Mail:	**……**
zugehöriger Landkreis/kreisfreie Stadt:		**.....**
Institutionskennzeichen:		**6 0 .....**
Bankverbindung:	**IBAN:**	**.....**
	BIC:	**.....**

Zugehörigkeit Verband: ☐ **Landesverband Thüringen des Verkehrsgewerbes e.V.**

Datum: ..... Unterschrift: .....

Anlage:

- Kopie der Genehmigungsurkunde(n) nach dem PBefG,
- Kopie/n bzw. Scan/s des/der TÜV-Zertifikates/e bzw. Zulassungsbescheinigung Teil I zum Nachweis der behindertengerechten Fahrzeuge

Anlage 3 zum Rahmenvertrag vom 25.10.2004

Sozialversicherung für Landwirtschaft,
Forsten und Gartenbau (SVLFG)
Herrn Michael Hubold
Weißensteinstr. 70-72
34131 Kassel
(Mail: Michael.Hubold@svlfg.de)

Beitrittserklärung zur 1. Ergänzungsvereinbarung zum Rahmenvertrag zur Durchführung von Krankenfahrten

zwischen dem Landesverband Thüringen des Verkehrsgewerbes e. V. sowie

- der vdek-Landesvertretung Thüringen
- dem BKK Landesverband Mitte, Landesvertretung Thüringen
- der IKK classic
- der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
- der KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion Frankfurt/Main
- der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV), Landesverband Mitte

Ich trete der zwischen den o. g. Parteien am 18.10.2023 vereinbarten 1. Ergänzungsvereinbarung zum Rahmenvertrag zur Durchführung von Krankenfahrten bei und verpflichte mich, alle zur Durchführung dieses Vertrages getroffenen Festlegungen anzuerkennen und die zwischen den Vertragspartnern vereinbarten Bedingungen zu erfüllen. Dazu zählen auch alle zukünftigen Ergänzungen und Änderungen des Vertrages.
Mit Beitritt zu diesem Vertrag verlieren vorherige geschlossene Vereinbarungen zu Krankenfahrten nicht umsetzbarer Rollstuhlfahrer ihre Gültigkeit.

Bezeichnung des Unternehmens:		**.....**
Name und Sitz des gesetzlichen Vertreters:		**.....**
Sitz des Unternehmens:	**Straße:**	**.....**
	PLZ, Ort:	**.....**
	Telefon:	**.....**
	E-Mail:	**……**
zugehöriger Landkreis/kreisfreie Stadt:		**.....**
Institutionskennzeichen:		**6 0 .....**
Bankverbindung:	**IBAN:**	**.....**
	BIC:	**.....**

Zugehörigkeit Verband: ☐ **Landesverband Thüringen des Verkehrsgewerbes e.V.**

Datum: ..... Unterschrift: .....

Anlage:

- Kopie der Genehmigungsurkunde(n) nach dem PBefG,
- Kopie/n bzw. Scan/s des/der TÜV-Zertifikates/e bzw. Zulassungsbescheinigung Teil I zum Nachweis der behindertengerechten Fahrzeuge

Anlage 3 zum Rahmenvertrag vom 25.10.2004

KNAPPSCHAFT
Regionaldirektion Frankfurt a. M.
Frau Antonella Aiese-Prestino
Galvanistr. 31
60486 Frankfurt am Main
(Mail: antonella.aiese-prestino@kbs.de)

Beitrittserklärung zur1. Ergänzungsvereinbarung zum Rahmenvertrag zur Durchführung von Krankenfahrten

zwischen dem Landesverband Thüringen des Verkehrsgewerbes e. V. sowie

- der vdek-Landesvertretung Thüringen
- dem BKK Landesverband Mitte, Landesvertretung Thüringen
- der IKK classic
- der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
- der KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion Frankfurt/Main
- der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV), Landesverband Mitte

Ich trete der zwischen den o. g. Parteien am 18.10.2023 vereinbarten 1. Ergänzungsvereinbarung zum Rahmenvertrag zur Durchführung von Krankenfahrten bei und verpflichte mich, alle zur Durchführung dieses Vertrages getroffenen Festlegungen anzuerkennen und die zwischen den Vertragspartnern vereinbarten Bedingungen zu erfüllen. Dazu zählen auch alle zukünftigen Ergänzungen und Änderungen des Vertrages.
Mit Beitritt zu diesem Vertrag verlieren vorherige geschlossene Vereinbarungen zu Krankenfahrten nicht umsetzbarer Rollstuhlfahrer ihre Gültigkeit.

Bezeichnung des Unternehmens:		**.....**
Name und Sitz des gesetzlichen Vertreters:		**.....**
Sitz des Unternehmens:	**Straße:**	**.....**
	PLZ, Ort:	**.....**
	Telefon:	**.....**
	E-Mail:	**……**
zugehöriger Landkreis/kreisfreie Stadt:		**.....**
Institutionskennzeichen:		**6 0 .....**
Bankverbindung:	**IBAN:**	**.....**
	BIC:	**.....**

Zugehörigkeit Verband: ☐ **Landesverband Thüringen des Verkehrsgewerbes e.V.**

Datum: ..... Unterschrift: .....

Anlage:

- Kopie der Genehmigungsurkunde(n) nach dem PBefG,
- Kopie/n bzw. Scan/s des/der TÜV-Zertifikates/e bzw. Zulassungsbescheinigung Teil I zum Nachweis der behindertengerechten Fahrzeuge

Anlage 3 zum Rahmenvertrag vom 25.10.2004

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
Landesverband Mitte
Herrn Thorsten Schwarz
Isaac-Fulda-Allee 18
55124 Mainz
(Mail: thorsten.schwarz@dguv.de)

Beitrittserklärung zur 1. Ergänzungsvereinbarung zum Rahmenvertrag zur Durchführung von Krankenfahrten

zwischen dem Landesverband Thüringen des Verkehrsgewerbes e. V. sowie

- der vdek-Landesvertretung Thüringen
- dem BKK Landesverband Mitte, Landesvertretung Thüringen
- der IKK classic
- der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
- der KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion Frankfurt/Main
- der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV), Landesverband Mitte

Ich trete der zwischen den o. g. Parteien am 18.10.2023 vereinbarten 1. Ergänzungsvereinbarung zum Rahmenvertrag zur Durchführung von Krankenfahrten bei und verpflichte mich, alle zur Durchführung dieses Vertrages getroffenen Festlegungen anzuerkennen und die zwischen den Vertragspartnern vereinbarten Bedingungen zu erfüllen. Dazu zählen auch alle zukünftigen Ergänzungen und Änderungen des Vertrages.
Mit Beitritt zu diesem Vertrag verlieren vorherige geschlossene Vereinbarungen zu Krankenfahrten nicht umsetzbarer Rollstuhlfahrer ihre Gültigkeit.

Bezeichnung des Unternehmens: .....

Name und Sitz des gesetzlichen Vertreters: .....

Sitz des Unternehmens: **Straße:** .....

PLZ, Ort: .....

Telefon: .....

E-Mail: ……

zugehöriger Landkreis/kreisfreie Stadt: .....

Institutionskennzeichen: **6 0** .....

Bankverbindung: **IBAN:** .....

BIC: .....

Zugehörigkeit Verband: ☐ **Landesverband Thüringen des Verkehrsgewerbes e.V.**

Datum: ..... **Unterschrift:** .....

Anlage:

- Kopie der Genehmigungsurkunde(n) nach dem PBefG,
- Kopie/n bzw. Scan/s des/der TÜV-Zertifikates/e bzw. Zulassungsbescheinigung Teil I zum Nachweis der behindertengerechten Fahrzeuge