

Anlage 1 zum Rahmenvertrag über die Durchführung von podologischen Leistungen (RV-P) der Primärkassen vom 26.06.2002, in der Fassung vom 19.11.2010, gültig ab 01.01.2011

Vor- und Zuname des Leistungserbringers: _____

Geburtsdatum: _____

ggf. Vor- und Zuname fachliche Leitung: _____

ggf. Geburtsdatum fachliche Leitung: _____

Praxissitz: Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Ort: _____

Institutionskennzeichen: _____

Anerkenntniserklärung

Hiermit erkenne ich den Rahmenvertrag über die Erbringung und Vergütung podologischer Leistungen vom 26.06.2002 (in der jeweils gültigen Fassung) an. Ich bin damit einverstanden, dass spätere Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages mir gegenüber ohne weitere Anerkennung verbindlich werden.

Ich verpflichte mich, meinen Erfüllungsgehilfen die Bestimmungen des Vertrages zur Kenntnis zu bringen und deren Beachtung durch sie in geeigneter Weise zu überwachen. Jegliches Fehlverhalten dieser Personen in Erfüllung der mir obliegenden Pflichten habe ich wie eigenes Verschulden zu vertreten. Die zivilrechtlichen Haftungsbestimmungen bleiben daneben gewahrt.

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift Praxisinhaber

Ort, Datum

Unterschrift fachliche Leitung
(wenn nicht Antragsteller)

Anlage 1

zum Rahmenvertrag nach § 125 Abs. 2 SGB V vom 01. Dezember 2010
über die Abgabe podologischer Leistungen an IKK-Versicherte

Name des Podologen: _____

Praxissitz:
(Straße, Hausnummer) _____

Postleitzahl, Ort: _____

Telefonnummer der Praxis: _____

Institutionskennzeichen _____

Anerkennungserklärung

Hiermit erkenne ich den mir ausgehändigten Rahmenvertrag über die Erbringung und Vergütung podologischer Leistungen vom 1. Dezember 2010 an. Ich bin damit einverstanden, dass spätere Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages mir gegenüber ohne weitere Anerkennung verbindlich werden.

Ich verpflichte mich, meinen Mitarbeitern die Bestimmungen des Vertrages zur Kenntnis zu bringen und deren Beachtung durch sie in geeigneter Weise zu überwachen. Jegliches Fehlverhalten dieser Personen in Erfüllung der obliegenden Pflichten habe ich wie eigenes Verschulden zu vertreten. Die zivilrechtlichen Haftungsbestimmungen bleiben daneben gewahrt.

Ort, Datum Stempel,

Unterschrift des/r Praxisinhaber(s)

**Anlage 1 zum Vertrag vom 08. Juli 2014,
gültig ab 01. September 2014**

Abrechnungscode: 71 90 605

Anerkennniserklärung

des BKK Rahmenvertrages, die Bundesländer Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen umfassend

(die Anerkennniserklärung ist für jede Praxis(-filiale) gesondert auszufüllen und im Original zu übersenden)

Vor- und Zuname des Zugelassenen: _____

Ggf. davon abweichend: Praxisname: _____

Praxissitz:

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Ort: _____

IK: _____

Hiermit erkenne ich den mir ausgehändigten Rahmenvertrag über die Erbringung und Vergütung podologischer Leistungen vom 01. September 2014 in der jeweils gültigen Fassung an. Ich bin damit einverstanden, dass spätere Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages mir gegenüber ohne weitere Anerkennung verbindlich werden.

Ich verpflichte mich, meinen Erfüllungsgehilfen die Bestimmungen des Vertrages zur Kenntnis zu bringen und deren Beachtung durch sie in geeigneter Weise zu überwachen. Jegliches Fehlverhalten dieser Personen in Erfüllung der mir obliegenden Pflichten habe ich wie eigenes Verschulden zu vertreten. Die zivilrechtlichen Haftungsbestimmungen bleiben hiervon unberührt.

Ort, Datum

Praxisstempel, Unterschrift des Zugelassenen