

**Anlage 4 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 mit obliegenden Pflichten habe ich wie eigenes Verschulden zu vertreten. Die zivilrechtlichen Haftungsbestimmungen bleiben hiervon unberührt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Praxisstempel, Unterschrift des Zugelassenen