
(Vor- und Zuname des Antragstellers
bzw. genaue Firmenbezeichnung)

Anschrift der Praxis

(Berufsbezeichnung)

(Straße/Hausnummer)

(Vor- und Zuname des fachl. Leiters)

(Postleitzahl/Ort)

(Berufsbezeichnung des fachl. Leiters)

(IK der Praxis)

Sind Sie Mitglied eines Berufsverbandes?

ja

nein

(ggf. Name des Berufsverbandes)

Anerkenntnis-Erklärung Ergotherapie Bremen/Bremerhaven

Hiermit erkenne ich die jeweiligen Rahmenverträge zwischen der **AOK** Bremen/Bremerhaven, dem **BKK**-Landesverband Mitte, der **IKK** gesund plus handelnd als **IKK**-Landesverband, der **KNAPPSCHAFT**, der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (**SVLFG**) und dem **vdek** als gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis

mit

- Deutschen Verband der Ergotherapeuten (**DVE**) e.V., Becker-Göring Straße 26/1, 76307 Karlsbad,
- **Bundesverband der Ergotherapeuten in Deutschland e. V.** (gilt nur für SVLFG)

in der jeweils geltenden Fassung einschließlich der Anlagen und der für den Sitz meiner Praxis gültigen Vergütungsvereinbarung an.

Die Anerkennung der für die Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen geltenden Verträge ist nach § 124 Abs. 1 Nr. 3 SGB V eine Zulassungsvoraussetzung.

Meine/unsere vertraglichen Pflichten sind mir/uns bekannt. Die Verträge gelten nur in Verbindung mit der erteilten Zulassung. Änderungen im Zusammenhang mit der Zulassung sowie der vertraglichen Regelungen werde(n) ich/wir der ARGE Heilmittelzulassung Niedersachsen unverzüglich schriftlich mitteilen.

Die Informationen über die Verarbeitung meiner Daten gemäß Artikel 13, 14 der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) und der mir daraus zustehenden Rechte habe ich auf der Webseite ARGE unter „Datenschutz“ zur Kenntnis genommen

www.zulassung-heilmittel.de/datenschutz.html

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers