

An den
Landesverband der Sächsischen
Taxi- und Mietwagenunternehmer e. V.

zur Weiterleitung an

Kommunaler Versorgungsverband Sachsen
Marschnerstraße 37
01307 Dresden

FAX: 0351 4401-333 oder
E-Mail: bf@kv-sachsen.de

Beitrittserklärung

Hiermit erkenne(n) ich/wir den zwischen dem Kommunalen Versorgungsverband Sachsen sowie dem PVA und dem Landesverband der Sächsischen Taxi- und Mietwagenunternehmer e. V. geschlossenen Vertrag zur Durchführung von Krankenfahrten an und verpflichte(n) mich/uns, alle im Vertrag vereinbarten Bedingungen zu erfüllen.

Ich/Wir bin/sind damit einverstanden, dass spätere Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages mir/uns gegenüber ohne weitere Anerkennung verbindlich werden, soweit ich/wir diese Anerkenntnis-Erklärung nicht schriftlich widerrufe(n).

Firma:

Name, Vorname:

Straße:

PLZ, Ort:

Telefon/Fax:

Betriebssitzgemeinde:

Institutionskennzeichen:

Ort, Datum, Unterschrift/Stempel: