

An  
SVLFG  
OT Hönow  
Hoppegartener Straße 100  
15366 Hoppegarten

über Telefax 0561/78521-9038

### Anerkenniserklärung

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

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

Leistungserbringer: \_\_\_\_\_  
Name; Firmenbezeichnung \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_  
Betriebssitzgemeinde \_\_\_\_\_  
IK-Nr. (bzw. abrechnende Vereinigung) \_\_\_\_\_

- ( ) ich/wir bin/sind im Landesverband Sächsischer Taxi- und Mietwagenunternehmer e. V. bzw. in einer Taxivereinigung organisiert.  
( ) ich/wir bin/sind in keiner Taxivereinigung und keinem Verband organisiert

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Leistungserbringers