

An den
BKK Landesverband Mitte
Landesvertretung Sachsen
Dr.-Külz-Ring 12
01067 Dresden

E-Mail: Dresden@bkkmitte.de

Anerkenntnis-Erklärung

Hiermit erkenne(n) ich/wir den zwischen dem BKK Landesverband Mitte, Landesvertretung Sachsen und dem Landesverband der Sächsischen Taxi- und Mietwagenunternehmer e. V. (LVS 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:

IK-Nr.
(Institutionskennzeichen:

Ort, Datum, Unterschrift/Stempel: