

An den  
LVS zur Weiterleitung an:

IKK Sachsen  
Team Sonstige Vertragspartner  
Frau Ina Kuhnt  
Zschopauer Str. 190  
09126 Chemnitz

Fax: 0351 / 211 21 91

### **Anerkenntnis-Erklärung**

Hiermit erkenne ich/wir den zwischen der IKK Sachsen und den Landesverband der Sächsischen Taxi- und Mietwagenunternehmer e. V. (LVS) 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 mit/uns gegenüber ohne weitere Anerkennung verbindlich werden, soweit ich/wir diese Anerkenntnis-Erklärung nicht schriftlich widerrufe(n).

Firma: .....

Name, Vorname .....

PLZ, Ort .....

Betriebssitzgemeinde .....

IK-Nr. (wichtig) .....  
(bzw. abrechnende Vereinigung/Genossenschaft/Abrechnungszentrum benennen)

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

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