

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: .....

Betriebssitzgemeinde: .....

IK-Nr.  
(Institutionskennzeichen): ..... Gültig ab: .....

Ort, Datum, Unterschrift/Stempel: .....