

**Anlage 11**  
**(Unterlagen zum Vertragsbeitritt der Produktgruppe 17 Apparate zur Kompressionstherapie der VIACTIV Krankenkasse Vertrag 9000)**

**1. Liefergebiet:**

Bundesweit       Bundesland \_\_\_\_\_

Postleitzahlen / Gebiete \_\_\_\_\_

**2. Beitritt für folgende Produktgruppe:**

Produktgruppe 17 Apparate zur Kompressionstherapie  
(Anlage 11 → Versorgungsbereich 17E)

**3. Präqualifizierungsnachweis (bitte für jede Betriebsstätte vollständig beifügen)**

**4. Übersicht der Institutionskennzeichen mit Angabe der vollständigen Kontaktdaten**

IK	Name, Anschrift, Telefonnummer, FAX und E-Mail

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Firmenstempel