

## EIGENERKLÄRUNGEN

### 1. EIGENERKLÄRUNG ZUR INSOLVENZFREIHEIT

Ich/Wir erkläre/n, dass die Betriebsstätte nicht insolvent ist, d. h., dass kein Insolvenzverfahren oder vergleichbares gesetzlich geregeltes Verfahren eröffnet oder die Eröffnung beantragt worden ist oder der Antrag mangels Masse abgelehnt wurde oder ein Insolvenzplan rechtskräftig bestätigt wurde.

---

Datum	Name (Bevollmächtigte/r)	rechtsgültige Unterschrift (Bevollmächtigte/r)
-------	--------------------------	--

### 2. EIGENERKLÄRUNG ZUR FRISTGERECHTEN ABFÜHRUNG VON STEUERN UND SOZIAL-ABGABEN

Ich/Wir erkläre/n, dass ich/wir meine/ unsere Verpflichtung zur Zahlung von Steuern und Abgaben sowie der Beiträge zur gesetzlichen Sozialversicherung, soweit sie der Pflicht zur Beitragszahlung unterliegen, ordnungsgemäß erfüllt habe/n.

---

Datum	Name (Bevollmächtigte/r)	rechtsgültige Unterschrift (Bevollmächtigte/r)
-------	--------------------------	--

### 3. EIGENERKLÄRUNG ZUR GEWÄHRLEISTUNG DER EINHALTUNG DES DATENSCHUTZES

Ich/Wir verpflichte/n mich/uns zur Wahrung des Datengeheimnisses nach § 5 des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG). Geschützte personenbezogene Daten werde/n ich/ wir nicht zu einem anderen als dem zur jeweiligen rechtmäßigen Aufgabenerfüllung gehörenden Zweck verarbeiten, bekannt geben, zugänglich machen oder sonst nutzen. Die Pflicht zur Wahrung des Datengeheimnisses besteht auch nach Beendigung der Tätigkeit fort.

---

Datum	Name (Bevollmächtigte/r)	rechtsgültige Unterschrift (Bevollmächtigte/r)
-------	--------------------------	--

**4. EIGENERKLÄRUNG ZUR EINHALTUNG DER VORAUSSETZUNGEN GEMÄSS § 128 SGB V**

Ich/Wir erkläre/n, dass wir die Regelungen des § 128 SGB V beachten. Wir unterhalten keine Hilfsmitteldepots bei Vertragsärzten, in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen und beteiligen Ärzte nicht gegen Entgelt oder Gewährung sonstiger wirtschaftlicher Vorteile an der Durchführung der Versorgung mit Hilfsmitteln und gewähren keine Zuwendungen im Zusammenhang mit der Verordnung von Hilfsmitteln.

---

Datum	Name (Bevollmächtigte/r)	rechtsgültige Unterschrift (Bevollmächtigte/r)
-------	--------------------------	--

**5. EIGENERKLÄRUNG ZUR VORHALTUNG VON VORFÜHR- UND GGF. TESTMUSTERN (KONFEKTIONIERTER PRODUKTE, BETRIFFT VB 13A, 16B, 25B15, 25C15, 25E UND 25F15)**

Ich/Wir erkläre/n, dass ich/wir bei konfektionierten Hilfsmitteln permanent eine ausreichend große Produktpalette gängiger Produkte zur Auswahl vorhalte/n.

---

Datum	Name (Bevollmächtigte/r)	rechtsgültige Unterschrift (Bevollmächtigte/r)
-------	--------------------------	--

**6. EIGENERKLÄRUNG ZUR SICHERSTELLUNG DER ZEITNAHEN VERFÜGBARKEIT VON PRODUKTEN UND GGF. ZUBEHÖR SOWIE VON ERSATZTEILEN**

Ich/Wir verpflichte/n mich/uns, die Versorgung mit verordneten Hilfsmitteln und ggf. Zubehör sowie Ersatzteilen zeitnah sicherzustellen.

Beschreibung der Maßnahmen siehe Kurzbeschreibungen

---

Datum	Name (Bevollmächtigte/r)	rechtsgültige Unterschrift (Bevollmächtigte/r)
-------	--------------------------	--

## 7. EIGENERKLÄRUNG ZUR SICHERSTELLUNG DER SACHGERECHTEN DURCHFÜHRUNG VON INSTANDHALTUNGEN

Ich/Wir verpflichte/n mich/uns, sicherzustellen, dass Instandhaltungen und Reparaturen sach- und fachgerecht durchgeführt werden.

Beschreibung der Maßnahmen siehe Kurzbeschreibungen

---

Datum	Name (Bevollmächtigte/r)	rechtsgültige Unterschrift (Bevollmächtigte/r)
-------	--------------------------	--

## 8. EIGENERKLÄRUNG ZUR LAGERMÖGLICHKEIT UNTER UMGEBUNGSBEDINGUNGEN GEMÄSS DEN IN DEN PRODUKTUNTERLAGEN DES HERSTELLERS VORGEgebenEN SPEZIFIKATIONEN

Ich/Wir erkläre/n, dass ich/wir mich/uns an die in den Produktunterlagen des Herstellers vorgegebenen Spezifikationen zur Lagermöglichkeit unter Umgebungsbedingungen halte/n. Die Produkte werden nicht zusammen mit Chemikalien gelagert und werden vor extremer Hitze, extremem Frost, Sonneneinstrahlung, Nässe, hoher Luftfeuchtigkeit; Verschmutzungen sowie starken magnetischen Feldern geschützt.

Beschreibung der Maßnahmen siehe Kurzbeschreibungen

---

Datum	Name (Bevollmächtigte/r)	rechtsgültige Unterschrift (Bevollmächtigte/r)
-------	--------------------------	--

## 9. GILT NUR FÜR 16B, 25F: FÜR WIEDEREINSETZBARE PRODUKTE: EIGENERKLÄRUNG ÜBER DIE SICHERSTELLUNG, DASS BEI DER AUFBEREITUNG VON WIEDEREINSETZBAREN HILFSMITTELN DIE MEDIZIN-PRODUKTLICHEN ANFORDERUNGEN, HIER INSBESONDERE DIE MEDIZINPRODUKTE-BETREIBERVERORDNUNG SOWIE DIE KRINKO-BFARM-EMPFEHLUNGEN IN DEN JEWEILS GÜLTIGEN FASSUNGEN BEACHTET WERDEN

Ich/Wir verpflichte/n mich/uns, dass bei der Aufbereitung von wiedereinsatzbaren Hilfsmitteln die medizinproduktrechtlichen Anforderungen beachtet werden bzw. die wiedereinsatzbaren Hilfsmittel an den Hersteller zur Wiederaufbereitung zurückgeschickt werden.

Beschreibung der Maßnahmen siehe Kurzbeschreibungen

---

Datum	Name (Bevollmächtigte/r)	rechtsgültige Unterschrift (Bevollmächtigte/r)
-------	--------------------------	--