

EIGENERKLÄRUNGEN

1. EIGENERKLÄRUNG ZUR SICHERSTELLUNG DER ERREICHBARKEIT DER FACHLICHEN LEITUNG IM RAHMEN DER ÜBLICHEN BETRIEBSSZEIT

Ich/Wir stelle/n sicher, dass die bzw. eine fachliche Leitung während der üblichen Betriebszeiten erreichbar ist.

HINWEIS: Diese Eigenerklärung muss sowohl vom Betriebsinhaber bzw. der juristischen Person sowie der fachlichen Leitung unterzeichnet werden.

Datum	Name (Betriebsinhaber/in/ Geschäftsführung/Bevollmächtigte/r)	rechtsgültige Unterschrift (Betriebsinhaber/in/ Geschäftsführung/Bevollmächtigte/r)

Datum	Name (fachliche Leitung)	Unterschrift (fachliche Leitung)

2. 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.

Zur Erfüllung der Anforderung „Lagermöglichkeit unter Umgebungsbedingungen gemäß den in den Produktunterlagen des Herstellers vorgegebenen Spezifikationen“ haben wir folgende Maßnahmen getroffen:

PRODUKTE	LAGERMASSNAHMEN
Signalanlagen für Gehörlose	

Datum	Name (Betriebsinhaber/in/ Geschäftsführung/Bevollmächtigte/r)	rechtsgültige Unterschrift (Betriebsinhaber/in/ Geschäftsführung/Bevollmächtigte/r)

**3. NUR BEI AUSSCHLISSLICHER VOR-ORT-VERSORGUNG:
EIGENERKLÄRUNG ZUR SICHERSTELLUNG DER ZEITNAHEN VERSORGUNG VOR ORT, D. H.
IM ALLGEMEINEN LEBENSBEREICH/DER HÄUSLICHEN UMGEBUNG DES VERSICHERTEN**

Ich/Wir erkläre/n, dass ich/wir die zeitnahe Versorgung vor Ort, d. h. im allgemeinen Lebensbereich/ der häuslichen Umgebung des Versicherten durch einen ausreichenden Fuhrpark bzw. andere geeignete Möglichkeiten der Mobilität sicherstelle/n.

Datum	Name (Betriebsinhaber/in/ Geschäftsführung/Bevollmächtigte/r)	rechtsgültige Unterschrift (Betriebsinhaber/in/ Geschäftsführung/Bevollmächtigte/r)
-------	--	--

Zur Erfüllung der Anforderung „Sicherstellung der zeitnahen Versorgung vor Ort, d. h. im allgemeinen Lebensbereich/der häuslichen Umgebung des Versicherten (gilt nicht für Hausbesuchsregelungen)“ habe/n ich/wir folgende Maßnahmen¹ getroffen:

Datum	Name (Betriebsinhaber/in/ Geschäftsführung/Bevollmächtigte/r)	rechtsgültige Unterschrift (Betriebsinhaber/in/ Geschäftsführung/Bevollmächtigte/r)
-------	--	--

¹ Beschreibung der Maßnahmen für eine sachgerechte Lieferung, ggf. Installation, Inbetriebnahme bzw. Anpassung der Hilfsmittel vor Ort, insbesondere der organisatorischen Rahmenbedingungen des Außendienstes inkl. Organisationsdiagramm (bezogen auf die Leistungserbringung: Mitarbeiter des Unternehmens oder externe Mitarbeiter)