

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.

Fachliche Leitung (1)

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

Fachliche Leitung (2)

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

2. EIGENERKLÄRUNG ZUR LAGER- UND/ODER TRANSPORTMÖGLICHKEIT¹ 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 Lager- und/oder Transportmöglichkeit 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.

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

Zur Erfüllung der Anforderung „Lager- und/oder Transportmöglichkeit unter Umgebungsbedingungen gemäß den in den Produktunterlagen des Herstellers vorgegebenen Spezifikationen“ haben wir folgende Maßnahmen getroffen:

PRODUKTE ²	LAGER- UND/ODER TRANSPORTMASSNAHMEN
25B15 Schieltherapeutika	
25C15 Okklusionspflaster, Vorhänger/ Übersetzbrille, sonstige Hilfsmittel bei Augen- erkrankungen	
25D15 Kontaktlinsen	
25F15 Bildschirmlese- geräte, Kamerasysteme, Leseständer Kamerasysteme, Leseständer	

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

¹ Die Transportmöglichkeiten beziehen sich auf den Transport von Hilfsmitteln vom Leistungserbringer zum Versicherten, sofern die Versorgung nur in der Häuslichkeit und NICHT im Betrieb stattfindet. Der Transport von Hilfsmitteln vom Hersteller zum Leistungserbringer ist von der Anforderung NICHT erfasst.

² **Nicht Zutreffendes bitte streichen**