

Anlage 2.1 Teilnahmebedingungen/Eignung

Nachweis der Voraussetzungen zur Teilnahme am Vertrag über die Versorgung mit Hilfsmitteln zur Insulintherapie:

Institutionskennzeichen der Hauptfiliale (IK): _____

Eigenerklärungen/Beschreibungen

Ich/Wir erkläre/n, dass eigene oder freie Mitarbeiter, die zur Hilfsmittel bezogenen Versorgung, Beratung und Betreuung eingesetzt werden, die Voraussetzungen zur Erbringung von Leistungen nach diesem Vertrag erfüllen.

Die Präqualifizierungsurkunde/n wird/werden mit der Beitrittserklärung vorgelegt.

Ich/Wir erkläre/n ferner, dass ich/wir nicht zu solchen Leistungserbringern gehöre/n,

- a) über deren Vermögen das Insolvenzverfahren oder ein vergleichbares gesetzliches Verfahren eröffnet oder die Eröffnung beantragt oder dieser Antrag mangels Masse abgelehnt worden ist,
- b) die sich in Liquidation (Geschäftsauflösung) befinden,
- c) die nachweislich eine schwere Verfehlung begangen haben, die ihre Zuverlässigkeit in Frage stellt,
- d) die ihre Verpflichtung zur Zahlung von Steuern und Abgaben sowie der Beiträge zur gesetzlichen Sozialversicherung nicht ordnungsgemäß erfüllt haben,
- e) die vorsätzlich unzutreffende Erklärungen in Bezug auf ihre Fachkunde, Leistungsfähigkeit und Zuverlässigkeit abgegeben haben.

Ich/Wir erkläre/n die wahrheitsgemäße Auskunft zu den unter a) bis e) geforderten Informationen.

Ich/Wir bin/sind darüber informiert, dass bei falschen oder unzutreffenden Angaben die Voraussetzungen gemäß § 126 SGB V als nicht erfüllt anzusehen sind und damit die Grundlage nachfolgender Vertragsabschlüsse gemäß § 127 SGB V für die oben aufgeführte Firma entfällt.

Über alle Änderungen, die die vorstehenden Voraussetzungen berühren (insbesondere Verlegung der Betriebsstätte, den Wechsel des fachlichen Leiters), werde/n ich/wir die Auftraggeberin unverzüglich schriftlich informieren.

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel
(Betriebsinhaber bzw. Geschäftsführer)

Name in Druckbuchstaben
(Betriebsinhaber bzw. Geschäftsführer)