

### Anlage 3

zur Erklärung über die Nutzung des AOK-Hilfsmittel-Portals

#### Anmeldung "AOK-Hilfsmittel-Portal"

Name 1

Name 2

Ort

PLZ

Postfach

PLZ

Straße

Institutionskennzeichen

Telefon

Fax

#### Verantwortliche/r Ansprechpartner/in

Name

Vorname

Telefon

Fax

E-Mail

Hiermit erkenne/n ich/wir die Verfahrensregelungen zur Nutzung des "AOK-Hilfsmittel-Portals" zur Versorgung der Versicherten an. Die in das Verfahren eingebundenen Mitarbeiter/innen habe ich entsprechend informiert.

Ort

Datum

Unterschrift des Inhabers/Geschäftsführers  
Firmenstempel