

Anlage 1 Präqualifizierung/Eigenerklärungen

1.1 Präqualifizierung gemäß § 126 Abs. 1a Satz 2 SGB V

1. Die Präqualifizierungsbestätigung für die entsprechenden Versorgungsbereiche der Produktgruppe 32 muss sich auf die jeweilige/n Filiale/n des Vertragspartners entsprechend der Beitrittserklärung dieses Vertrages beziehen.
2. Die aktuelle Präqualifizierungsbestätigung muss für jede am Vertrag teilnehmende Filiale des Vertragspartners spätestens mit der Beitrittserklärung zum Vertrag vorliegen*.
3. Die Ansprechpartner bei der AOK sind unter folgender Anschrift zu erreichen:

AOK Sachsen-Anhalt
FB Heil- und Hilfsmittel
16.30.11 Roßlau
Frau Sandy Rodenstein/Frau Alrun Haupt
39084 Magdeburg

oder per E-Mail

sandy.rodenstein@san.aok.de
alrun.haupt@san.aok.de

4. Zum Abschluss des Vertrages sind folgende Unterlagen erforderlich:

- Beitrittserklärung (Anlage 7)
- Eigenerklärung (Anlage 1.2)
- ggf. Erklärung zur Abrechnung (Anlage 2.2)

*ein Einreichen bei der AOK ist nur auf Verlangen erforderlich.

1.2 Eigenerklärungen

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

Ich/Wir erkläre/n ferner, dass ich/wir nicht zu solchen Vertragspartnern 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 erfülle/n die Voraussetzungen für die Abgabe von wiedereinsatzfähigen Hilfsmitteln nach diesem Vertrag.

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 entfällt.

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

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel
(Betriebsinhaber bzw. Geschäftsführer)

Name/Anschrift/Telefonnummer des Betriebsinhabers bzw. Geschäftsführers
(in Druckbuchstaben)