

Anhang 2 – Interessensbekundung zum Informationsblatt Essen und Trinken bei Kau- und Schluckstörungen

Name des Unternehmens:

Anschrift:

Faxnummer:

Telefonnummer:

E-Mail- Adresse:

Name der vertretungsberechtigten Person:

Wir bekunden hiermit das Interesse am Abschluss eines Open-House-Vertrages über die Erbringung von Leistungen zu dem Modul „Essen und Trinken bei Kau- und Schluckstörungen“.

Hierzu erklären wir Folgendes:

1. Grundlage unseres Interesses am Vertragsschluss sind die Veröffentlichungen im Supplement zum Amtsblatt der Europäischen Union, inklusive der dort enthaltenen Informationen und dem uns zur Verfügung gestellten Vertragstext nebst Anlagen. Die von uns hierzu gemachten Angaben sind verbindlich.
2. Wir erklären, dass wir die rechtlichen Voraussetzungen für die Ausführung der angebotenen und vertragsgegenständlichen Leistungen erfüllen.
3. Wir versichern, dass unser Unternehmen in Bezug auf den Vertragsschluss keine unzulässige wettbewerbsbeschränkende Abrede getroffen hat.
4. Wir kennen die Gründe, die gegen den Vertragsschluss sprechen. Wir sind uns bewusst, dass die Abgabe wissentlich falscher Erklärung dazu führen kann, dass kein Vertrag abgeschlossen wird, bzw. dass ein solcher Vertragsschluss rückwirkend nichtig ist. Wir sind uns darüber hinaus bewusst, dass wir keinen Anspruch auf Exklusivversorgung haben.
5. Wir sind uns ebenfalls bewusst, dass es dazu kommen kann, dass wir kein einziges Mal im Hinblick auf die Erbringung der Leistung zum Zuge kommen, sofern wir zu der Erbringung der gegenständlichen Leistung durch eine Pflegeeinrichtung nicht ausgewählt werden sollten.

Anhang 2 – Interessensbekundung zum Informationsblatt Essen und Trinken bei Kau- und Schluckstörungen

6. Wir kennen die Gründe, die zu einer sofortigen Beendigung des gegenständlichen Vertrages führen können, die im Zusammenhang mit der drohenden Überschreitung oder dem Verbrauch der zur Verfügung stehenden und gesetzlich beschränkten finanziellen Mittel im Sinne des § 5 Abs. 1 und 2 SGB XI (für die Förderung von Präventionsmaßnahmen) stehen.

Name des Unterzeichners

Ort und Datum

Stempel Unterschrift