

Anlage 3

Eigenerklärung zur persönlichen Lage

Name, Anschrift, Telefonnummer, Faxnummer, E-Mail-Adresse des interessierten Bewerbers,
Name/n der vertretungsberechtigten Person/en:

Eigenerklärung zur persönlichen Lage

Ich/wir erklären, dass ich/wir gemäß § 140a Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V als

- ☐ Krankenhaus
- ☐ Krankenhausträger

in der/den Regionen

- ☐ Berlin
- ☐ Brandenburg
- ☐ Mecklenburg-Vorpommern

Vertragspartner werden möchte/en.

Unser Institutionskennzeichen (IK) lautet: _____.

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel