|  |
| --- |
| **Erklärung der Bereitschaft zur Kostenübernahme dem Grunde nach**  für die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung einer Erprobung der |
| Messung und des Monitorings des pulmonalarteriellen Drucks mittels implantierten Sensors zur Therapieoptimierung bei Herzinsuffizienz im Stadium NYHA III |

|  |
| --- |
| **Unternehmen** |
| Name |
| Klicken Sie hier, um einen Text einzugeben. |
| Anschrift |
| Klicken Sie hier, um einen Text einzugeben. |
| Produkt |
| Klicken Sie hier, um einen Text einzugeben. |
| **Kontaktperson** |
| Name, Vorname |
| Klicken Sie hier, um einen Text einzugeben. |
| Anschrift |
| Klicken Sie hier, um einen Text einzugeben. |
| E-Mail |
| Klicken Sie hier, um einen Text einzugeben. |
| Telefon- und Telefaxnummer |
| Klicken Sie hier, um einen Text einzugeben. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Hiermit erklärt sich das vorgenannte Unternehmen in Kenntnis der Regelungen des 2. Kapitels VerfO gemäß § 137e Absatz 6 SGB V in Verbindung mit 2. Kapitel § 27 Absatz 2 Satz 1 VerfO dem Grunde nach bereit, die Kosten der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung für die Erprobung der vorgenannten Methode in angemessener Höhe zu übernehmen. | | |
| Ort, Datum | Name in Druckbuchstaben | Unterschrift |
| Klicken Sie hier, um einen Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um einen Text einzugeben. |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Hiermit erklärt sich das vorgenannte Unternehmen damit einverstanden, dass allen anderen Unternehmen, die eine zulässige Erklärung zur Übernahme der Kosten dem Grunde nach für die Erprobung der vorgenannten Methode abgegeben haben, seine vorliegende Erklärung übermittelt werden darf (freiwillige Angabe). | | |
| Ort, Datum | Name in Druckbuchstaben | Unterschrift |
| Klicken Sie hier, um einen Text einzugeben. | Klicken Sie hier, um einen Text einzugeben. |  |
|  |  |  |