

Eigentumsvorbehalt

Name:

VSNR:

Adresse:

Depotführendes Vertragsunternehmen:
(Name, Adresse, Telefonnummer)

Abgebendes Vertragsunternehmen:

Genauere Bezeichnung des Heilbehelfes/Hilfsmittels:

Serien-/ Inventarnummer:

Ich nehme zur Kenntnis, dass mir der übergebene Behelf nur leihweise im Auftrag von der SVS überlassen wird und **Eigentum der SVS** ist. Wird der Behelf nicht mehr benötigt, verpflichte ich mich, die SVS oder das depotführende Vertragsunternehmen (siehe oben) unverzüglich davon in Kenntnis zu setzen und den Behelf vollständig und in ordnungsgemäßem Zustand mit sämtlichem Zubehör an das depotführende Vertragsunternehmen auszuhändigen.

Ich erkläre, dass ich anlässlich der Übernahme keine Mängel festgestellt habe und dass ich über den sachgemäßen Gebrauch ausführlich informiert wurde. Sollte ich zu einem späteren Zeitpunkt Mängel am Behelf feststellen oder vermuten, werde ich das der SVS oder dem abgebenden Vertragsunternehmen unverzüglich melden. Ich verpflichte mich ferner, allfällige während des Gebrauches auftretende Beschädigungen und Mängel dem abgebenden Vertragsunternehmen zur Kenntnis zu bringen und das Fachpersonal dieses Unternehmens an der Durchführung erforderlicher Reparatur- oder Wartungsarbeiten nicht zu hindern. Sollten Probleme auftreten, die im Einvernehmen mit dem abgebenden Vertragsunternehmen nicht lösbar sind, so werde ich mich sofort an die SVS wenden.

Ich verpflichte mich, den Behelf ausschließlich sachgemäß zu gebrauchen, ihn pfleglich zu behandeln und vor dem Zugriff durch Unbefugte zu bewahren. Sämtliche Änderungen am Behelf sind bewilligungspflichtig und dürfen nicht eigenmächtig vorgenommen werden. Ich nehme zur Kenntnis, dass ich für alle Schäden hafte, die nicht auf die natürliche Abnutzung zurückzuführen sind.

Datum

Unterschrift

Hinweis zum Datenschutz

Für die leihweise Überlassung des genannten Heilbehelfes/Hilfsmittels ist es notwendig, Ihren Namen, Ihre Adresse, die Produktdaten und Daten, die in der ärztlichen Verordnung (ärztliche Diagnose) enthalten sind, sowie Daten über den Gesundheitszustand zu verarbeiten. Zu diesem Zweck werden Ihre Daten (Name, Adresse, Produktdaten, Diagnosedaten, Daten über den Gesundheitszustand) auch an die Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen, Wiedner Hauptstraße 84-86, 1051 Wien, (sowie Name, Adresse, Produktdaten und Daten über den Gesundheitszustand an das depotführende Vertragsunternehmen) weitergegeben. Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nach Art. 13 Datenschutzgrundverordnung finden Sie unter

(Link Datenschutzhinweis abgebendes Unternehmen),

(Link Datenschutzhinweis depotführendes Unternehmen) sowie unter svs.at/vvt.

Kontaktinformationen des Verantwortlichen siehe abgebendes Vertragsunternehmen,
E-Mail für datenschutzrechtliche Anliegen: