

Erklärung zur Sicherheitsüberprüfung

Vergabeverfahren:

Arzneimittelversorgung in den Justizvollzugsanstalten des Landes Brandenburg

MdJD-3.2-2026-02

Hiermit erkläre/erklären ich/wir, dass ich/wir bereit sind/bin für vorgesehene Ortstermine in den Justizvollzugsanstalten nur das Personal einzusetzen, das vorher von der jeweiligen Justizvollzugsanstalt einer Sicherheitsüberprüfung (erweitertes Führungszeugnis) unterzogen wurde und dem eine Zutrittsgenehmigung erteilt worden ist.

Ort, Datum

Unterschrift/-en und Firmenstempel