

Präqualifizierungsantrag

Kauffrau/-mann Einzelhandel oder Pharmazeutisch-technische/-r Assistent/-in oder Fachberater/in im Sanitätshaus

Bitte senden Sie den Antrag an:

**E-Mail: antrag@vqz-bonn.de
oder FAX: 0228 53 88 40 19**

<input type="checkbox"/>	Präqualifizierung	<input type="checkbox"/>	Vorgezogene Präqualifizierung für Verfahren _____
<input type="checkbox"/>	Transfer/Wechsel von einer anderen akkreditierten Präqualifizierungsstelle (bitte gültiges Zertifikat beifügen. Antrag kann nur ohne jedwede Änderung angenommen werden!)		
<input type="checkbox"/>	Änderung des bestehenden Verfahrens _____ aufgrund		
<input type="checkbox"/>	maßgeblicher Änderungen der räumlichen Verhältnisse		
<input type="checkbox"/>	einer Änderung im Versorgungsumfang		
<input type="checkbox"/>	Verlegung der Betriebsstätte		
<input type="checkbox"/>	des Wechsels der fachlichen Leitung		
<input type="checkbox"/>	Rechtsformänderung / Umfirmierung / Inhaberwechsel		
<input type="checkbox"/>	einer sonstigen Änderung:		

1. Anschrift der Betriebsstätte, für die der Antrag gilt:

Name/Firmierung	
Rechtsform	
Straße Nr.	
PLZ Ort	
Telefon	
E-Mail	
Institutionskennzeichen	IK
Betriebsinhaber(in)	

2. Angaben zum Hauptbetrieb, sofern vorhanden:

Name/Firmierung	
Rechtsform	
Straße Nr.	
PLZ Ort	
Telefon	
E-Mail	
Institutionskennzeichen	IK
Betriebsinhaber(in)	

3. Rechnungsanschrift, falls abweichend:				
Firma				
Ggf. Name/Abteilung				
Straße Nr.				
PLZ Ort				
4. Angaben zur fachlichen Leitung:				
Name fachl. Leiter(in)				
Fachliche Qualifikation	<input type="checkbox"/>	Fachverkäufer/-in Sanitätsfachhandel (nicht 03E und 03F)	<input type="checkbox"/>	Kauffrau/-mann Einzelhandel mit mindestens dreijähriger einschlägiger Berufspraxis im Fachhandel (nicht 03E und 03F)
	<input type="checkbox"/>	Pharmazeutisch-technische/-r Assistent(in) mit mindestens dreijähriger einschlägiger Berufserfahrung im Fachhandel oder in einer Apotheke mit Hilfsmittelabgabe (nicht 04A)	<input type="checkbox"/>	ohne einschlägige Berufsausbildung mit mindestens fünfjähriger einschlägiger Berufspraxis im Fachhandel oder in einer Apotheke mit Hilfsmittelabgabe <u>oder</u> Fachberater/in im Sanitätshaus mit mindestens dreijähriger einschlägiger Berufspraxis im Fachhandel (nicht 03E und 03F)
	oder			
	<input type="checkbox"/>	Gleichwertige Qualifikation		
5. Angaben zu den Vertriebswegen:				
Wir beabsichtigen die Hilfsmittel über folgende Vertriebswege abzugeben:	<input type="checkbox"/>	aus unseren Räumlichkeiten		
	und/oder (soweit die VBs auch mobil versorgt werden dürfen!)			
	<input type="checkbox"/>	mobil, im allgemeinen Lebensbereich/der häuslichen Umgebung des Versicherten		
6. Ist die Betriebsstätte ein Neubetrieb?				
Bezug von neuen oder anderen Räumlichkeiten, Inhaberwechsel (Erstbezug aus Sicht des Inhabers) oder maßgebliche Änderungen der räumlichen Verhältnisse (Erweiterungen, bauliche Maßnahmen u. ä.) nach dem 31.12.2009 (für alle Betriebsstätten, die nach dem 01.06.2015 erstmalig präqualifiziert werden, gilt ein Bezug nach dem 31. Dezember 2010). (Achtung: Gewerbeanmeldungen, Mietverträge etc. müssen Ihre Angabe plausibel unterstützen.)				
	<input type="checkbox"/>	ja		
	<input type="checkbox"/>	nein		
7. Erklärungen der Präqualifizierungsstelle				
<p>Ein Zertifizierungsvertrag kommt zustande, wenn der Antragsteller diesen Antrag einreicht <u>und</u> der VQZ Bonn ihm eine Antragsbestätigung zustellt. Mit dem Zertifizierungsvertrag wird die Bearbeitung des Antrags, nicht ein bestimmtes Ergebnis, geschuldet. Für die Antragsbearbeitung und das anschließende Präqualifizierungsverfahren sind die Präqualifizierungsbedingungen „010 - Bedingungen PQ“ und die Präqualifizierungsgebühren „032 - Gebührenordnung PQ“ in der jeweils aktuellen Form bindend. Änderungen daran sind auch in laufenden Verfahren mit Veröffentlichung einer neuen Version der Dokumente auf der Internetseite des VQZ Bonn oder durch Zustellung in den Schriftwechseln zwischen Antragsteller bzw. Kunde und Präqualifizierungsstelle auch ohne eine gesonderte Annahmeerklärung bindend. Alle Angaben und Informationen dieses Antrags werden vertraulich behandelt.</p> <p>Bitte richten Sie sich darauf ein, dass der Schriftwechsel mit uns in der Regel per E-Mail erfolgt.</p>				

8. Es sollen folgende Hilfsmittel abgegeben werden:

Versorgungsbereich		Beschreibung
PG 01	<input type="checkbox"/> 01 A15	Milchpumpen
	<input type="checkbox"/> 01 B10	Sekret-Absauggeräte
	<input type="checkbox"/> 01 C	Hilfsmittel zur Wunddrainage
	<input type="checkbox"/> 01 D15	Absaugkatheter, Absaugrohre für Laryngektomierte, Sonstiges Zubehör, Geschlossene Absaugsysteme
PG 02	<input type="checkbox"/> 02 A	Anziehhilfen, Ess- und Trinkhilfen, Rutschfeste Unterlagen, Greifhilfen, Halterungen, Schreibhilfen, Mundstab, Leseständer
	<input type="checkbox"/> 02 D11	Armunterstützungssysteme
PG 03	<input type="checkbox"/> 03 A15	Spülsysteme, schwerkraft- und pumpenabhängig, Zubehör für Spülsysteme
	<input type="checkbox"/> 03 B11	Spritzen und Zubehör, Pens
	<input type="checkbox"/> 03 D15	Elektrisch betriebene Spülsysteme, Zubehör für Spülsysteme
	<input type="checkbox"/> 03 E15	Pumpensysteme
	<input type="checkbox"/> 03 F15	Trink- und Sondennahrung (keine Verkapselung)
PG 04	<input type="checkbox"/> 04 A	Badewannenlifter
	<input type="checkbox"/> 04 B	Badewannensitze, Duschhilfen, Badewanneneinsätze, Sicherheitsgriffe, Aufrichtehilfen
PG 05	<input type="checkbox"/> 05 A5	Bandagen, Fertigprodukte (Versorgungen bis einschließlich Knie)
	<input type="checkbox"/> 05 B5	Bandagen, Fertigprodukte (Versorgungen oberhalb des Knies)
	<input type="checkbox"/> 05 C	Bandagen, Fertigprodukte (Versorgungen oberhalb des Knies)
PG 07	<input type="checkbox"/> 07 A	Blindenlangstöcke
PG 08	<input type="checkbox"/> 08 A	Stoßabsorber, Verkürzungsausgleiche
PG 09	<input type="checkbox"/> 09 A	Elektrostimulationsgeräte
PG 10	<input type="checkbox"/> 10 A15	Gehgestelle, Fahrbare Gehhilfen, Hand- und Gehstöcke, Unterarmgehstützen, Achselstützen
PG 14	<input type="checkbox"/> 14 D	Aerosol-Inhalationsgeräte, Inhalationshilfen, PEP-Mund- und -Maskensysteme
	<input type="checkbox"/> 14 H11	Hilfsmittel zur Anwendung an der Nase
PG 15	<input type="checkbox"/> 15 A10	Inkontinenzhilfen (außer elektronische Messsysteme der Beckenbodenmuskelaktivität)
	<input type="checkbox"/> 15 B	Elektronische Messsysteme der Beckenbodenmuskelaktivität
PG 16	<input type="checkbox"/> 16 B	Signalanlagen für Gehörlose
PG 17	<input type="checkbox"/> 17 A16	Medizinische Kompressionsstrümpfe, Strumpfanziehhilfen für Kompressionsstrümpfe
	<input type="checkbox"/> 17 B13	Medizinische Kompressionsversorgung außer Bein
PG 18	<input type="checkbox"/> 18 B11	Toilettenrollstühle, Duschrollstühle
PG 19	<input type="checkbox"/> 19 B15	Krankenpflegeartikel, Produkte zur Hygiene im Bett, Waschsysteme, Lagerungsrollen, zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel, Pflegehilfsmittel zur selbständigeren Lebensführung/Mobilität, Hausnotrufgeräte
PG 20	<input type="checkbox"/> 20 E	Sitzringe
PG 21	<input type="checkbox"/> 21 B10	Messgeräte zur Lungenfunktionsmessung, Blutdruckmessgeräte, Blutgerinnungsmessgeräte / Blutzuckermessgeräte, Real-Time-Messgeräte (rtCGM), Personenwaagen, Sprachausgaben zu Messgeräten
PG 22	<input type="checkbox"/> 22 A8	Umsetz- und Hebehilfen, Aufstehhilfen/-vorrichtungen für Sessel/Stühle
	<input type="checkbox"/> 23 B3	Orthesen, industriell hergestellt, mit Anpassung (Versorgungen oberhalb Knie)
PG 23	<input type="checkbox"/> 23 A3	Orthesen, industriell hergestellt, mit Anpassung (bis einschließlich Knie)
PG 29	<input type="checkbox"/> 29 A	Stomaartikel, Konfektionierte Stomabandagen
PG 33	<input type="checkbox"/> 33 A	Toilettenhilfen
PG 37	<input type="checkbox"/> 37 A10	Brustprothesen

Versorgungsbereich		Beschreibung
PG 99	<input type="checkbox"/>	99 A Kopfschutzhelme/-bandagen - konfektionierte Produkte
	<input type="checkbox"/>	99 C Erektionsringe
	<input type="checkbox"/>	99 D Vakuum-Erektionssysteme
	<input type="checkbox"/>	99 E Vaginaltrainer
	<input type="checkbox"/>	99 I8 Läuse- und Nissenkämme
	<input type="checkbox"/>	99 K11 Schutzringe für Brustwarzen

9. Erklärungen des Antragstellers

Ich/wir erkläre(n), dass die gemachten Angaben den Tatsachen entsprechen und wahrheitsgemäß erfolgt sind. Mir/uns ist bekannt, dass falsche, verspätete oder unvollständige gemachte Angaben zur Versagung und, werden diese erst nach einer Präqualifizierung bekannt, auch zur Einschränkung, Aussetzung, Zurückziehung oder Beendigung der Präqualifizierung führen können.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ich/wir erkläre(n) ausdrücklich, dass wir die Dokumente 010 – „Bedingungen PQ“, 032 – „Gebührenordnung PQ“ und 020 – „Allgemeine Geschäftsbedingungen“ erhalten oder auf der Internetseite der Präqualifizierungsstelle des VQZ Bonn (https://www.vqz-bonn.de/download.html) eingesehen habe(n) und in der jeweils aktuellen Version für diesen Antrag und das Präqualifizierungsverfahren anerkenne(n).	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Ort, Datum

Unterschrift Inhaber(in), Vertreter(in) der Firma

Firmenstempel

Vor- und Nachname / Funktion in BLOCKSCHRIFT (leserlich!)

Wichtiger Hinweis!

Bitte stellen Sie zunächst den Antrag und warten unsere Antragsbestätigung ab. Mit der Antragsbestätigung erhalten Sie eine für den Antrag geltende Verfahrensnummer.

Senden Sie uns Nachweise bei Erst- und Folgeanträgen ausschließlich an die E-Mail-Adresse: nachweise@vqz-bonn.de mit deutlicher Angabe im Betreff der E-Mail der für diesen Antrag vergebenen Verfahrensnummer.