

Präqualifizierungsantrag

Übertragung einer aktuellen, gültigen Präqualifizierung

An
VQZ Bonn GmbH - Präqualifizierungsstelle
Schwertberger Str. 14 - 16

FAX: 0228 53 88 40 19
E-Mail: kilders@vqz-bonn.de

53177 Bonn-Bad Godesberg

1. Antrag auf <u>kostenfreie</u> Übertragung einer aktuellen und gültigen Präqualifizierung ohne jedwede Änderungen	
2. Anschrift der Betriebsstätte:	
Name/Firmierung	
Rechtsform	
Straße Nr.	
PLZ Ort	
Telefon, Telefax	
E-Mail	
Institutionskennzeichen	IK
Qualifikation fachliche(r) Leiter(in)	
Betriebsinhaber(in)	
3. Angaben zum Hauptbetrieb (sofern vorhanden):	
Name/Firmierung	
Rechtsform	
Straße Nr.	
PLZ Ort	
Telefon, Telefax ¹	
E-Mail ¹	
Institutionskennzeichen	IK
Betriebsinhaber(in)	

¹ Sind hier Kontaktdaten eingetragen, werden wir den Schriftwechsel und die Präqualifizierungsbestätigung an diese Adressen senden!

4. Rechnungsanschrift (nur falls abweichend und falls Änderungen):		
Firma		
Ggf. Name/Abteilung		
Straße Nr.		
PLZ Ort		
5. Angaben		
Name fachl. Leiter(in)	Unverändert	
Versorgungsbereiche	Unverändert	
6. Anforderungen und Nachweise		
<input type="checkbox"/>	Die aktuelle und noch gültige Präqualifizierungsbestätigung (Zertifikat) einer vom GKV-Spitzenverband zugelassenen oder von der DAkkS akkreditierten Präqualifizierungsstelle ist vollständig beigelegt.	
<input type="checkbox"/>	Ich/wir erkläre(n) mich/uns ausdrücklich damit einverstanden, dass der VQZ Bonn zur Antragsprüfung bei meiner/unserer bisherigen Präqualifizierungsstelle die vorliegenden Antragsunterlagen anfordert.	
7. Erklärungen des Antragstellers		
Ich/wir erkläre(n), dass die gemachten Angaben den Tatsachen entsprechen und wahrheitsgemäß erfolgt sind. Ich/wir verpflichten uns, den VQZ Bonn ohne Verzögerung über Angelegenheiten zu informieren, die die Fähigkeit beeinträchtigen könnten, weiterhin die Präqualifizierungsanforderungen zu erfüllen. Solche Angelegenheiten sind z.B. Änderungen bezüglich der Rechts- oder Organisationsform, der wirtschaftlichen oder Besitzverhältnisse, der Organisation, der fachlichen Leitung, der Kontaktadressen oder der Standorte. Mir/uns ist bekannt, dass falsche Angaben oder verzögerte Informationen zur Einschränkung, Aussetzung oder Rücknahme der Präqualifizierung führen können.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Die Übertragung der Präqualifizierung, die erstmalige Ausstellung eines Präqualifizierungszertifikates (bis zur mind. Restlaufzeit der übertragenen Präqualifizierung) und der Datentransfer zum GKV-Spitzenverband <u>sind kostenfrei</u> .	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Für die weitere Laufzeit der Präqualifizierung anerkenne(n) ich/wir ausdrücklich die Präqualifizierungsbedingungen und die Präqualifizierungsgebühren, die ich/wir (z.B. über die Internetseite www.vqz-bonn.de) eingesehen habe(n) in der jeweils aktuellen Version.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ich/wir verpflichten uns, <u>alle Zertifizierungsanforderungen immer zu erfüllen</u> , einschließlich der Umsetzung entsprechender Änderungen, wenn diese durch die Zertifizierungsstelle mitgeteilt werden. Die Präqualifizierungsbedingungen können angepasst werden, wenn dies aufgrund gesetzlicher, behördlicher Anforderungen oder zur Aufrechterhaltung eines akkreditierungsnormkonformen Zertifizierungsprogramms erforderlich ist. Erforderliche Änderungen am Zertifizierungsprogramm, an den Präqualifizierungsbedingungen und an den Präqualifizierungsgebühren sind durch einseitige Bekanntgabe vertragswirksam und benötigen nicht meiner/unserer Zustimmung.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Ort, Datum

Firmenstempel

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