

Absender:

Name:

Straße:

PLZ, Ort:

IK:

Empfänger:

JN Schulung & Service GmbH

- Präqualifizierungen -

Klosterstraße 16

88348 Bad Saulgau

Präqualifizierungsantrag Ocularist/in

nach den Empfehlungen des GKV Spitzenverbandes

gemäß § 126 Abs. 1 Satz 3 SGB V

1. Präqualifizierungsantrag für

- Erstmaliger Antrag auf Präqualifizierung
- Verlegung der Betriebsstätte
- Änderung im Versorgungsumfang
- Wechsel des fachlichen Betriebsleiters
- Rechtsformänderung/Umfirmung/Inhaberwechsel
- Sonstiges:

Die Präqualifizierung soll zum starten.

Ort, Datum

Unterschrift

Anschrift der zu präqualifizierenden Betriebsstätte:

Name des Betriebs:

(wie in der ARGE bezeichnet)

Gesellschaftsform:

Straße:

PLZ, Ort:

Telefon:

E-Mail:

IK:

Betriebsinhaber/in:

Betrieb ist bereits präqualifiziert

ja

nein

(wenn ja, bitte die gültige Bestätigung vorlegen)

Betriebsleiter:

Name:

Geburtsdatum:

Qualifikation (Meister, Bachelor,...):

Aussteller der Qualifikation (HWK, IHK):

Datum der Qualifikation:

Angaben zum Hauptbetrieb (falls vorhanden):

Name:

Straße:

PLZ, Ort:

IK:

Rechnungsanschrift (falls abweichend)

Name:

Straße:

PLZ, Ort:

**Folgende Hilfsmittel sollen in oben genannten zu präqualifizierenden Betrieb
abgegeben werden:**

| Versorgungsbereich | Beschreibung |
|---------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 35 A10 | Epithesen (Hals-/Kopfbereich) |
| <input type="checkbox"/> 36 A10 | Augenprothesen aus Glas |
| <input type="checkbox"/> 36 B10 | Augenprothesen aus Kunststoff |

Bitte senden an:

praequali@nerlich-badsaulgau.de