|  |  |
| --- | --- |
| **Empfänger:**JN Schulung & Service GmbH- Präqualifizierungen –Klosterstraße 1688348 Bad Saulgau | **Absender:**Name**:** Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.Straße**:** Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.PLZ, Ort: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.IK: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

**Präqualifizierungsantrag Ocularist /-in,**

nach den Empfehlungen des GKV Spitzenverbandes gemäß § 126 Abs. 1 Satz 3 SGB V

**Präqualifizierungsantrag für**

[ ]  Erstmaliger Antrag auf Präqualifizierung

[ ]  Verlegung der Betriebsstätte

[ ]  Änderung im Versorgungsumfang

[ ]  Wechsel der fachlichen Leitung

 [ ]  Weitere fachliche Leitung **(je fachliche Leitung ein Antrag)**

[ ]  Rechtsformänderung/Umfirmung/Inhaberwechsel

[ ]  Sonstiges: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Die Präqualifizierung soll zum Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. starten.

Ort, Datum Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Unterschrift Betriebsinhaber/in Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Anschrift der zu präqualifizierenden Betriebsstätte:**

Name des Betriebs: (wie in der ARGE bezeichnet) Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Gesellschaftsform: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Straße: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

PLZ, Ort: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Telefon: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

E-Mail: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

IK: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Betriebsinhaber/in: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Betrieb ist bereits präqualifiziert [ ]  ja [ ]  nein

(wenn ja, bitte die gültige Bestätigung vorlegen)

**Angaben zum Hauptbetrieb (falls vorhanden):**

Name: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Straße: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

PLZ, Ort: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

IK: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Fachliche Leitung**

Name: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Geburtsdatum: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Qualifikation (Meister, Bachelor,...): Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Aussteller der Qualifikation (HWK, IHK): Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Datum der Qualifikation: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Rechnungsanschrift (falls abweichend)**

Name: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Straße: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

PLZ, Ort: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

E-Mail-Anschrift für elektron. Rechnung Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

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

|  |  |
| --- | --- |
| Versorgungsbereich | Beschreibung |
|  [ ]  35 A 11[ ]  36 A 10[ ]  36 B 10 | Epithesen (Hals-/Kopfbereich)Augenprothesen aus GlasAugenprothesen aus Kunststoff |

Bitte senden an:

**praequali@nerlich-badsaulgau.de**