

### Grund der Präqualifizierung

- Erst-Präqualifizierung
- Re-Präqualifizierung
- Änderung der bestehenden Präqualifizierung:
  - Umzug der Betriebsstätte
  - Änderung der Versorgungsbereiche
  - Wechsel des fachlichen Leiters
  - Rechtsformwechsel
  - Umfirmierung
  - Inhaberwechsel
  - Sonstige Änderung: *(Bitte eintragen)*

### Angestrebter Termin für die Präqualifizierung:

### Angaben zur Betriebsstätte für die der Antrag gestellt wird:

Betriebsname:

Straße:

PLZ / Ort:

Website:

Ansprechpartner:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

Institutionskennzeichen:

Rechtliche Vertretung:

Inhaber/-in

Geschäftsführer/-in

Name der rechtlichen Vertretung:

Ist der Betrieb bereits präqualifiziert?

Ja

Nein

(wenn ja, senden Sie uns bitte das derzeit aktuelle Zertifikat)

**Angaben zur Rechtsform des Betriebes:**

- Einzelunternehmen
- Personengesellschaft:
- GbR
  - OHG
  - GmbH
  - GmbH & Co. KG
- Juristische Person: *(Angabe der Gesellschaftsform)*
- Sonstiges: *(Angabe der genauen Bezeichnung)*

**Angaben zum Hauptbetrieb / Träger\* (falls vorhanden):**

Betriebsname:

Straße:

PLZ / Ort:

Ansprechpartner:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

Institutionskennzeichen:

Anzahl der Standorte:

**Rechnungsanschrift (falls abweichend von der Betriebsstätte für die der Präqualifizierungsantrag gestellt wird):**

Betriebsname:

Straße:

PLZ / Ort:

**Zahlungsweise:**

- per SEPA-Lastschriftmandat
- per Rechnung

\*Träger gemäß Versorgungsvertrag vollstationäre Pflege

**Erklärung des Leistungserbringers:**

Ich/wir erkläre(n), dass die gemachten Angaben den Tatsachen entsprechen und wahrheitsgemäß erfolgt sind. Über alle relevanten Änderungen werde(n) ich/wir die Präqualifizierungsstelle unverzüglich schriftlich informieren.

Mir/Uns ist bekannt, dass falsche Angaben zur Einschränkung, Aussetzung oder Rücknahme der Präqualifizierung führen.

Ja, ich möchte auch nach Abschluss des beantragten Verfahrens Informationen zum Thema Präqualifizierung erhalten.

Hiermit bestätige ich, dass ich die **Informationen zum Datenschutz** gelesen habe und diese akzeptiere.  
<https://dizert.de/index.php?pa=datenschutz>

**Unterschrift**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
rechtsverbindliche Unterschrift  
(Betriebsinhaber/-in bzw. Vertreter/-in der juristischen Person)

\_\_\_\_\_  
Name und Position des Unterzeichnenden  
(in Druckbuchstaben)

**Hinweis**

Bitte fügen Sie dem Antrag folgende Nachweise bei:

- Gewerbeanmeldung/Handelsregisterauszug der Betriebsstätte
- Gewerbeanmeldung/Handelsregisterauszug des Hauptsitzes (wenn ein Hauptsitz vorhanden ist)
- Versorgungsvertrag vollstationäre Pflegeheime (gilt nur für Pflegeheime)