

Dokument	Revision	Freigabe	Gültig ab	Seite
FM 7.2-008	4	01.03.2024	01.03.2024	1 von 3

1. Hinweise zum Wechsel der Präqualifizierungsstelle

- Gemäß § 126 SGB V ist der Wechsel der Präqualifizierungsstelle innerhalb eines laufenden Verfahrens mit Übernahme der Zertifikatslaufzeit nur dann möglich, wenn die abgegebene Präqualifizierungsstelle über keine Akkreditierung mehr verfügt.
- Bei Übernahme einer bestehenden Präqualifizierung von einer anderen Präqualifizierungsstelle zur DIZert GmbH senden Sie uns bitte die derzeit gültige Präqualifizierungsbestätigung der vorherigen Präqualifizierungsstelle.
- Nach Auftragserteilung erhalten Sie eine Checkliste mit den erforderlichen Unterlagen, die für das Präqualifizierungsverfahren eingereicht werden müssen.

2. Geplanter Termin / Wunschtermin für die Präqualifizierung

Datum: _____

3. Angaben zur Betriebsstätte, in der das PQ-Verfahren durchgeführt werden soll

Betriebsname: _____

Straße und Hausnummer: _____

PLZ und Ort: _____

Telefon: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

Institutionskennzeichen: _____

Betriebsstätte ist präqualifiziert? ja nein (wenn ja, bitte aktuelles PQ-Zertifikat zusenden)

4. Rechtsform der Betriebsstätte, in der das PQ-Verfahren durchgeführt werden soll

Einzelunternehmen (Inhabergeführt)

gGmbH (Gemeinnützige GmbH)

GbR (Gesellschaft bürgerlichen Rechts)

OHG (Offene Handelsgesellschaft)

GmbH

UG (Unternehmergesellschaft, haftungsbeschränkt)

GmbH & Co. KG

Sonstiges: _____

Dokument	Revision	Freigabe	Gültig ab	Seite
FM 7.2-008	4	01.03.2024	01.03.2024	2 von 3

5. Ansprechpartner dieser Betriebsstätte (wenn nicht Vertreter/Hauptansprechpartner d. Leistungserbringers)

Hauptansprechpartner: _____
Funktion Hauptansprechpartner: _____
Telefon (Festnetz): _____
Funknummer (Mobile, Handy): _____
E-Mail: _____

6. Hauptsitz des Leistungserbringers

Firma Name: _____
Straße und Hausnummer: _____
PLZ und Ort: _____
Website: _____
Telefon: _____
Fax: _____
E-Mail: _____
Institutionskennzeichen: _____
Anzahl weitere Standorte: _____

7. Gesetzlicher Vertreter des Leistungserbringers

Vorname: _____
Nachname: _____
Funktion/Status: Inhaber(in)
 Geschäftsführer(in)
 Prokurist(in)
Sonstiges: _____

8. Rechnungsanschrift (nur wenn abweichend von der Adresse des Hauptsitzes oder bei einer Trägerschaft)

Betriebsname: _____
Straße und Hausnummer: _____
PLZ und Ort: _____
Ansprechpartner: _____
Telefon: _____
E-Mail für Rechnungsversand: _____

Dokument	Revision	Freigabe	Gültig ab	Seite
FM 7.2-008	4	01.03.2024	01.03.2024	3 von 3

9. Zahlungsweise

- per SEPA-Lastschriftmandat
 per Rechnung

10. Erklärung des Leistungserbringers

1. Ich/wir erkläre(n), dass die gemachten Angaben den Tatsachen entsprechen und wahrheitsgemäß erfolgt sind.
2. Über alle relevanten Änderungen werde(n) ich/wir die Präqualifizierungsstelle unverzüglich schriftlich informieren.
3. Mir/Uns ist bekannt, dass falsche Angaben zur Einschränkung, Aussetzung oder Rücknahme der Präqualifizierung führen.
4. Ich/wir wurde(n) darüber informiert, dass ich nach Abschluss des beantragten Verfahrens Informationen zum Thema Präqualifizierung erhalte und ich/wir diesem Punkt jederzeit widersprechen können.
5. Ich/wir bestätigen, dass ich die Informationen zum Datenschutz gelesen habe und akzeptiere. Ich wurde weiterhin darüber informiert, dass ich die Informationen zum Datenschutz jederzeit von der Internetseite der DIZert GmbH herunterladen kann (<https://dizert.de/index.php?pa=datenschutz>).
6. Mir/Uns bekannt, dass das Zertifizierungsprogramm der DIZert GmbH eine Grundlage des Präqualifizierungsverfahrens bildet. Die aktuelle Fassung des Zertifizierungsprogramms ist auf unserer Homepage www.dizert.de einsehbar.
7. Ich/wir bestätigen, dass ich kein Kunde bei der Page-Tec e.K. bin
8. Ich/wir bestätigen, dass ich kein Kunde bei der Trautmann Managementsysteme GmbH & Co. KG bin
9. Ich/wir haben dem Antrag zur Präqualifizierung folgende Nachweise beigefügt:
 - Gewerbeanmeldung/Handelsregisterauszug der Betriebsstätte
 - Gewerbeanmeldung/Handelsregisterauszug des Hauptsitzes (wenn ein Hauptsitz vorhanden ist)
 - Versorgungsvertrag vollstationäre Pflegeheime (gilt nur für Pflegeheime)

Ort, Datum

Firmenstempel und rechtsverbindliche Unterschrift gesetzlicher Vertreter gem. Punkt 7