



Antrag auf Präqualifizierung

Um eine schnellere Bearbeitung Ihres Antrags zu ermöglichen, bitten wir Sie darum, diesen vollständig und digital auszufüllen und hierfür das vorliegende beschreibbare PDF zu nutzen.

Institutionskennzeichen (IK)

Erst-PQ

Folge-PQ

Angaben zum Betrieb

Zu präqualifizierender Betrieb

Gesellschaftsform

Straße/Hausnummer

PLZ

Ort

Angaben zu den antragsbeteiligten Personen

Inhaber*in
Name

Vorname

weitere/r Inhaber*in
Name

Vorname

Geschäftsführung (falls abweichend vom Inhaber)
Name

Vorname

in der Handwerksrolle eingetragene fachliche Leitung
Name

Vorname

Qualifikation

weitere in der Handwerksrolle eingetragene fachliche Leitung
Name

Vorname

Qualifikation

freiberuflich tätige fachliche Leitung (falls zutreffend)
Name

Vorname

Qualifikation

Name/Vorname Ansprechpartner*in für die Präqualifizierung

Telefon

E-Mail

Angaben zum Hauptbetrieb

Hauptbetrieb (falls abweichend vom oben genannten zu präqualifizierenden Betrieb)

IK des Hauptbetriebes (falls vorhanden)

Straße/Hausnummer

PLZ

Ort

Angaben zur Rechnungsanschrift, falls abweichend

Firma

ggf. Abteilung/zu Händen

Straße/Hausnummer

PLZ

Ort

E-Mail für Rechnungsangelegenheiten



AO-PRÄQUALIFIZIERUNGS-GMBH

Angaben zu den Vertriebswegen

Die Hilfsmittel werden wie folgt vertrieben (bitte ankreuzen)

- in eigenen Räumlichkeiten – und/oder (soweit die Versorgung mit den Hilfsmitteln eines Versorgungsbereichs mobil stattfinden darf)
- mobil, im allgemeinen Lebensbereich/der häuslichen Umgebung des Versicherten

Angaben zu den Versorgungsteilbereichen

Die Präqualifizierung wird beantragt für die folgenden Versorgungsteilbereiche

25A15	Gläser und Prismen, sonstige Sehhilfen	<input type="checkbox"/>
25B15	Schieltherapeutika	<input type="checkbox"/>
25C15	Okklusionspflaster, Vorhänger/Übersetzbrille, sonstige Hilfsmittel bei Augenerkrankungen	<input type="checkbox"/>
25D15	Kontaktlinsen	<input type="checkbox"/>
25E16	Vergrößernde Sehhilfen, Leseständer	<input type="checkbox"/>
25F15	Bildschirmlesegeräte, Kamerasysteme, Leseständer	<input type="checkbox"/>
13A	Hörhilfen	<input type="checkbox"/>
16B	Signalanlagen für Gehörlose	<input type="checkbox"/>
07C10	Blindenhilfsmittel	<input type="checkbox"/>

Datum

Vor- und Nachname

Unterschrift

Firmenstempel