

# Antrag auf Präqualifizierung für den Versorgungsbereich 25

Institutionskennzeichen (IK):  Erst-PQ  Folge-PQ  Wechsel der PQ-Stelle

Falls Wechsel der PQ-Stelle:  Bitte ankreuzen.

Name der bisherigen PQ-Stelle  Grund für Wechsel

## Zu präqualifizierender Betrieb:

ggf. Gesellschaftsform

Straße/Hausnummer

PLZ  Ort

## Geschäftsführer/Inhaber\*:

Name  Vorname

## In der Handwerksrolle eingetragener fachl. Leiter\*:

1.  Qualifikation   
 2.  Qualifikation

Weitere Personen bitte auf gesondertem Blatt. Wenn ja, bitte ankreuzen.

## Ansprechpartner für die Präqualifizierung\*:

Name  Vorname

Telefon  E-Mail

## Hauptbetrieb mit Anschrift, falls abweichend:

(Falls der zu präqualifizierende Betrieb Filiale eines Hauptbetriebes ist.)  IK des Hauptbetriebes (falls vorhanden)

Straße/Hausnummer

PLZ  Ort

## Die Präqualifizierung wird beantragt für die folgenden Versorgungsteilbereiche:

<b>25A</b>	25.21.01-35 25.21.90	Gläser und Prismen, sonstige Sehhilfen	<input type="checkbox"/>
<b>25B</b>	25.21.36.0-3	Schieltherapeutika	<input type="checkbox"/>
<b>25C</b>	25.21.36.4 25.21.37.0	Okklusionspflaster, Uhrglasverbände	<input type="checkbox"/>
<b>25D</b>	25.21.50-61	Kontaktlinsen	<input type="checkbox"/>
<b>25E</b>	25.21.80-84 02.40.07.3	Vergrößernde Sehhilfen, Leseständer	<input type="checkbox"/>
<b>25F</b>	25.21.85 02.40.07.3	Elektronisch vergrößernde Sehhilfen, Leseständer	<input type="checkbox"/>

\* Für die bessere Lesbarkeit wird in den Formularen nicht ausdrücklich in geschlechtsspezifische Personenbezeichnungen differenziert. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für alle Geschlechter.