

Agentur für Präqualifizierung
Carl-Mannich-Straße 26
65760 Eschborn

Carl-Mannich-Straße 26
65760 Eschborn
Tel.: 06196/928-802
Fax: 06196/928-803
info@afp-da.de

1 Art des Präqualifizierungsantrags:

Antrag auf Ergänzung des Versorgungsbereichs 03F15 (Trink und Sondennahrung) innerhalb der aktuell gültigen Präqualifizierung nach den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbands gemäß § 126 Abs. 1 Satz 3 SGB V für deren Restlaufzeit

für Aktenzeichen: _____

Die Vertragsbedingungen eines Änderungsantrag sind unseren AGB zu entnehmen. Das Entgelt wird gemäß unserer Entgelttabelle in Rechnung gestellt.

Innerhalb dieses Änderungsantrags kann nur VB 03F15 ergänzt werden. Es ist es nicht möglich andere gewünschte /erforderliche maßgebliche Änderungen durchzuführen, diese erfordern einen regulären Änderungsantrag. Das reguläre Antragsformular für einen Änderungsantrag, die Entgelttabelle und unsere AGB stehen Ihnen auf unserer Website www.afp-da.de zur Verfügung.

Bitte deutlich in Druckbuchstaben ausfüllen und vollständig einreichen, unterstrichene Felder sind Pflichtangaben.

2. Betriebsdaten

<u>Name der Betriebsstätte:</u>		<u>Institutionskennzeichen 1:</u>	<u>Institutionskennzeichen 2:</u>
<u>Rechtsform:</u> <input type="checkbox"/> Einzelunternehmen (z.B. e. K.) <input type="checkbox"/> Personengesellschaft (z.B. OHG) <input type="checkbox"/> Kapitalgesellschaft (z.B. GmbH) <input type="checkbox"/> Verein, Stiftung, sonstiges		<u>Betriebsinhaber/Geschäftsführer:</u> <u>Weitere(r) Inhaber</u> <u>(nur bei Personengesellschaften):</u> 	
<u>PLZ:</u>	<u>Ort:</u>	<u>Straße:</u>	
<u>Telefon:</u>		<u>Telefax:</u>	<u>E-Mail:</u>

3. Beantragte Hilfsmittel

Wenn die Ergänzung VB 03F15 gewünscht ist, bitte links ankreuzen.

	Versorgungsbereich	Enthaltene Hilfsmittel	Erforderliche Nachweise
<input type="checkbox"/>	03F15	<p>Trink- und Sondennahrung (keine Verkapselung) Die Präqualifizierung des Versorgungsbereichs 03 F (VB) ist erst ab dem 01.01.2022 möglich! Wird dieser VB vorab beantragt, erfolgt die Zertifizierung daher erst nach dem 01.01.2022.</p> <hr/> <p>Bei RE-PQ-Anträgen bitte die Restlaufzeit Ihrer aktuell gültigen Präqualifizierung beachten:</p> <p>Bei RE-Präqualifizierungen, die bereits 2021 erteilt werden, erfolgt bei einer Vorabbeantragung die Zertifizierung des VB 03F über einen angeschlossenen kostenpflichtigen Änderungsantrag.</p>	<p>Folgende Nachweise sind dem Antrag beizufügen oder zeitnah nachzureichen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Fotonachweis der Lagermöglichkeit/Lagerfläche für die Trink- und Sondennahrung Grundriss (die erforderlichen Bereiche müssen deklariert/ eingezeichnet werden) Eigenerklärung bezüglich der Lager- und Transportmöglichkeiten unter Umgebungsbedingungen gemäß den in den Produktunterlagen des Herstellers vorgegebenen Spezifikationen. Temperaturprotokoll (Temperaturkontrolle muss 24 Stunden/tägl., an mindestens 7 aufeinanderfolgenden Tagen erfolgen, auch am Wochenende. Z.B. Protokoll eines digitales Raumthermometers/ Aufzeichnungs-Thermometers) <p>Folgende Nachweise müssen bei einem Änderungsantrag nur eingereicht werden, wenn diese Nachweise im Rahmen der Antragsstellung Ihrer aktuell gültigen Präqualifizierung nicht nachgewiesen wurden:</p> <ul style="list-style-type: none"> Fotonachweis Verkaufs-/Empfangsbereich Fotonachweise akustisch und optisch abgegrenzter Bereich/Raum zur Beratung und Anpassung mit Sitzgelegenheit

4. Fachlicher Leiter

Der ergänzte Versorgungsbereich 03F15 wird allen fachlichen Leitern zugeordnet, die in der aktuell gültigen Präqualifizierung eingetragen sind und bei denen dies aufgrund der beruflichen Qualifikation möglich ist. Soll der Versorgungsbereich 03F15 nur einem fachlichen Leiter zugeordnet werden, deklarieren Sie bitte in diesem Antrag nur diesen. Wird für VB 03F15 ein zusätzlicher fachlicher Leiter ergänzt, ist für diesen ein Nachweis der beruflichen Qualifikation erforderlich.

Fachlicher Leiter <small>(Bitte Namen des fachlichen Leiters in Druckbuchstaben eintragen)</small>	Beruf. Qualifikation/ Berufsgruppen- Abkürzung	Unterschrift <small>Hiermit erkläre/n ich/wir, dass mindestens einer der benannten fachlichen Leiter des Versorgungsbereichs 03F15 während der üblichen Betriebszeiten erreichbar ist.</small>
A 5.1.1 Name, Vorname und Unterschrift		
B 5.1.4 Name, Vorname und Unterschrift		
C 5.1.3 Name, Vorname und Unterschrift		
D 5.1.4 Name, Vorname und Unterschrift		

5. Weitere Erklärungen des Antragstellers

Ich erkläre mich mit folgenden Angaben einverstanden (bitte ankreuzen):

<input type="checkbox"/>	<p>Bestätigung der Angaben Hiermit erkläre ich mit meiner nachstehenden Unterschrift, dass alle Angaben Eigenerklärungen, Selbstverpflichtungen und Verfahrensbeschreibungen in diesem Änderungsantrag selbst getätigt wurden und der Wahrheit entsprechen.</p> <p>Ich stelle sicher, dass alle bereits in der aktuell gültigen Präqualifizierung angegebenen Eigenerklärungen, Selbstverpflichtungen und Verfahrensbeschreibungen weiterhin erfüllt/beachtet werden, dies wird auch für den Versorgungsbereich 03F15 sichergestellt.</p>
<input type="checkbox"/>	<p>Generelle Einwilligung in die Datenerfassung, -verarbeitung und -weiterleitung zu Zwecken der Präqualifizierung Mir ist bekannt, dass die erhobenen Daten zu Zwecken der Erfassung der Präqualifizierung an den GKV-Spitzenverband übermittelt werden, der seinerseits die Daten den gesetzlichen Krankenkassen zur Verfügung stellt. Die Daten werden gem. 7.12 der DIN EN ISO/IEC 17065 und mitgeltend die Verfahrensordnung der DAkkS 71 SD 6 060 durch die Agentur für Präqualifizierung GmbH für mindestens den laufenden und den vorangegangenen Zertifizierungszyklus aufbewahrt (s. 7.12.3 der DIN EN ISO/IEC 17065). Längere oder weitergehende gesetzliche oder vertragliche Aufbewahrungsfristen bleiben hiervon unberührt. Die Datenschutzbestimmungen der AfP, veröffentlicht auf der Website www.afp-da.de, habe ich zur Kenntnis genommen.</p>
<input type="checkbox"/>	<p>Einwilligung zu den Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) und der Zertifizierungsvereinbarung Hiermit akzeptiere ich die AGB und die Zertifizierungsvereinbarung der Agentur für Präqualifizierung GmbH. Die aktuellen AGB/Zertifizierungsvereinbarung sind auf der Website www.afp-da.de veröffentlicht.</p>
<input type="checkbox"/>	<p>Bestätigung der Fotodokumente Hiermit bestätige ich, dass die eingereichten Fotodokumente die aktuelle Geschäftsausstattung zeigen und nicht älter als 3 Monate sind.</p>
<input type="checkbox"/>	<p>Datenschutz ja, ich habe die Datenschutzerklärung der AfP unter www.afp-da.de gelesen und akzeptiere diese.</p>

6. SEPA-Basis-Lastschriftmandat mit späterer Mitteilung der Mandatsreferenz

Kontoinhaber:	BIC:
Kreditinstitut:	IBAN:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen die Agentur für Präqualifizierung GmbH, wiederkehrende Zahlungen von meinem Konto / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Agentur für Präqualifizierung GmbH auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Unsere Gläubiger-Identifikationsnummer: DE79AFP00000320490

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift für das SEPA-Basis-Lastschriftverfahren
Betriebsinhaber/Kontoinhaber

7. Unterschrift für den Änderungsantrag

Wichtiger Hinweis: Mit dieser Unterschrift werden alle im Antrag von Ihnen angekreuzten Eigenerklärungen und Einwilligungen ausdrücklich bestätigt.

Bei fehlender Unterschrift kann der Antrag nicht angenommen/bearbeitet werden!

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Betriebsinhaber/Geschäftsführer