TQCert GmbH

Präqualifizierungsstelle

Gobietstraße 13

34123 Kassel

Sehr geehrte Damen und Herren,

dieses Dokument dient der Ermittlung relevanter Daten zur Erstellung eines Angebots.

Bitte füllen Sie dieses Dokument aus und senden Sie es der TQCert GmbH zurück. Auf Basis dieser Daten erhalten Sie von uns ein Angebot.

1. **Allgemein Antragsangaben (Geschäftsanschrift)**

|  |  |
| --- | --- |
| Ansprechpartner(Name/Vorname) |  |
| Unternehmensbezeichnung |  |
| Rechtsform |  |
| Straße/Nummer |  |
| PLZ/Ort |  |
| Telefon |  |
| E-Mail |  |

1. **Angaben zur Betriebsstätte**

(Jede Betriebsstätte erfordert eine eigene Präqualifizierung.)

|  |  |
| --- | --- |
| Ansprechpartner(Name/Vorname) |  |
| Bezeichnung der Betriebsstätte |  |
| Straße/Nummer |  |
| PLZ/Ort |  |
| Telefon |  |
| E-Mail |  |

* 1. **Folgende Scopes werden beantragt**

|  |
| --- |
| [ ]  Scope 1 Orthopädietechnik [ ]  Scope 3 Hörakustik[ ]  Scope 2 Orthopädieschuhtechnik [ ]  Scope 4 Augenoptik[ ]  Scope 6 Weitere Versorgungsbereiche |

* 1. **Angaben zur Fachlichen Leitung**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pos | Name/Vorname | Qualifikation (Beruf) |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |

**3.0 Sonstiges:**

|  |
| --- |
|  |

**4.0 Angaben zusätzlicher Betriebsstätten:**

[ ]  Wir beantragen **keine** Zertifizierung weiterer Betriebsstätten.

[ ]  Wir beantragen die Zertifizierung weiterer Betriebsstätten.

 Anmerkung: Für die Präqualifizierung weiterer Betriebsstätten bitten wir Sie jeweils für

 jede Betriebsstätte die Anlage 1 zu bearbeiten.

Ort, Datum, Name/Vorname, rechtsgültige Unterschrift

**Prüfvermerk TQCert GmbH:**

Anmerkung:

[ ]  Angeben vollständig

[ ]  Angaben unvollständig

Name/Unterschrift des Sachbearbeiters:

**Anlage 1: zusätzliche Betriebstätte**

**4.1 Angaben zur Betriebsstätte**

|  |  |
| --- | --- |
| Ansprechpartner(Name/Vorname) |  |
| Bezeichnung der Betriebsstätte |  |
| Straße/Nummer |  |
| PLZ/Ort |  |
| Telefon |  |

**4.2.Folgende Scopes werden beantragt**

|  |
| --- |
| [ ]  Scope 1 Orthopädietechnik [ ]  Scope 3 Hörakustik[ ]  Scope 2 Orthopädieschuhtechnik [ ]  Scope 4 Augenoptik[ ]  Scope 6 Weitere Versorgungsbereiche |

**4.2. Angaben zur Fachlichen Leitung**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pos | Name/Vorname | Qualifikation (Beruf) |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |

**4.3 Sonstiges:**

|  |
| --- |
|  |

Ort, Datum, Name/Vorname, rechtsgültige Unterschrift

**Prüfvermerk TQCert GmbH:**

Anmerkung:

[ ]  Angeben vollständig

[ ]  Angaben unvollständig

Name/Unterschrift des Sachbearbeiters: