|  |
| --- |
| Bitte erstellen Sie mir ein kostenloses Angebot für die Präqualifizierung |
|

(Wir sind als Zertifizierungsstelle zu höchster Vertraulichkeit verpflichtet, alle Ihre Daten werden streng vertraulich behandelt und keinesfalls weiterverwendet)

TQCERT GmbH

Präqualifizierungsstelle

Gobietstraße 13

34123 Kassel

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Angaben zur Betriebsstätte deren Präqualifizierung übernommen werden soll** | |
| Name/Firmierung |  |
| Name des Ansprechpartners |  |
| Straße Nr. |  |
| PLZ Ort |  |
| Telefon |  |
| Telefax |  |
| E-Mail |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Präqualifizierung von zusätzlichen Zweigstellen/Filialen** | |
| Anzahl der zusätzlichen Zweigstellen (Filialen) |  |

|  |
| --- |
| **Ich habe folgende Fragen oder besondere Hinweise zu meiner Präqualifizierung** |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **Folgende Scopes werden beantragt** |
| Scope 1 Orthopädietechnik  Scope 2 Orthopädieschuhtechnik  Scope 3 Hörakustik  Scope 4 Augenoptik  Scope 6 Weitere Versorgungsbereiche |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum, Name der anfragenden Person

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formblatt

* per Mailanhang an [info@pqs-tqcert.de](mailto:info@pqs-tqcert.de), oder
* per Fax an 0561 94 99 941, oder
* Per Post an die bereits eingedruckte Adresse