

## Antrag auf Eröffnung des (Re-) Zertifizierungsverfahrens

Bitte per Mail an info@zertric.nl

| Antragstellende Praxis / AOZ / MVZ |  |
|------------------------------------|--|
| Name                               |  |
| Adresse                            |  |
| Kontaktperson                      |  |
| Telefon-Nr., Fax-Nr.               |  |
| E-Mail                             |  |
| URL                                |  |

**BAO-Mitglied** **Nein**  **Ja**  **Mitgliedsnummer:** \_\_\_\_\_ (für den Preisnachlass)

**Praxis / AOZ mit 1 Inhaber**

**Praxis / AOZ / MVZ mit 2 – 5 Inhabern**  **Praxis / AOZ / MVZ mit > 5 Inhabern**

Weitere Standorte: **Nein**  **Ja**  bei **ja**, bitte die Adressen formlos gesondert aufführen

Zeitgleiche Zertifizierung von Praxen, die in einem Kernprozess zusammenarbeiten **Ja**  **Nein**   
(für den weiteren Preisnachlass)

**(Re-)Zertifizierung nach Zertric / Berufsverbandskriterien**

**(Re-)Zertifizierung nach ISO 9001**

**Bei Antrag auf Rezertifizierung:** Unser Zertifikat läuft ab am: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort

\_\_\_\_\_  
Stempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift(en)