

Antrag zur Einleitung des Rezertifizierungsverfahrens für integrierte Myasthenie Zentren (1 Standort) nach dem Anforderungskatalog der Deutschen Myasthenie Gesellschaft e.V.

An das
BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit GbmbH
Christine Janzen
Wendenstr. 375
20537 Hamburg

Hiermit beantragen wir die Durchführung des Verfahrens zur Rezertifizierung des Integrierten Myasthenie Zentrums nach den Vorgaben der Deutschen Myasthenie Gesellschaft e. V. (DMG).

Der allgemeine Ablauf der Zertifizierung erfolgt wie im Dokument „Ablaufbeschreibung und Bestimmungen“ veröffentlicht.

Geplanter Termin für die Rezertifizierung: _____

Zertifizierungsgebühren / Kosten der Zertifizierung

Leistung	Betrag in EUR
Rezertifizierung - Grundgebühr für die Dauer von fünf Jahren - Rezertifizierungsaudit vor Ort (3 Auditor:innen, 1 Tag) - Informationsmaterial - Auswertung und Berichterstellung durch zwei Auditor:innen der DMG und eine:n leitende:n Auditor:in der BQS - Pauschale für die Aufwendungen der DMG	4.900,00 zzgl. MwSt.
Reisekosten für 3 Personen	nach Aufwand ¹

Mit Antragstellung und Begleichung der Zertifizierungsgebühr erkennen wir die Durchführungsbestimmungen der DMG und des BQS Instituts an. Diese haben wir im Dokument „Ablaufbeschreibung und Bestimmungen“ in der Version 4.2 mit Stand vom 17.09.2024 eingesehen.

Uns ist bekannt, dass das Zertifizierungsverfahren für integrierte Myasthenie Zentren als Vereinbarung zwischen dem beantragenden Myasthenie Zentrum und der Deutschen Myasthenie Gesellschaft e. V. geschlossen wird. Wir erklären uns damit einverstanden, dass das BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit GmbH sämtliche mit dem Zertifizierungsverfahren zusammenhängende Korrespondenz führt und alle vertraglichen Aufgaben im Namen und im Auftrag der DMG wahrnimmt.

¹ Als Reisekosten werden berechnet pro Person: Fahrtkosten ab Heimatort (Auto: 0,30 €/km, Bahn: 1. Klasse, Flugzeug: Economy), eine bis zwei Übernachtungen vor Ort in einem Hotel Kategorie bis 4 Sterne (maximal 150 € pro Nacht u. Person)



Angaben zum Myasthenie Zentrum

Name des Myasthenie Zentrums	
Standort	
Hausanschrift	
Telefon ¹	
Webadresse ¹	
ggf. Rechnungsanschrift	
ggf. Ihr Zeichen für Rechnung	
ggf. Ansprechpartner für Rechnung	

¹ freiwillige Angabe zwecks Veröffentlichung auf der Webseite in der Liste zertifizierter Zentren

Ansprechpartner:in während der Zertifizierung

	Ansprechpartner:in für das Zertifizierungsverfahren	Leiter:in des Zentrums, sofern nicht identisch
Titel		
Name		
Vorname		
Position		
Abteilung		
Telefon mit Durchwahl		
E-Mail		

Datum

Unterschrift

(Name)