



# Antrag

Bitte vollständig ausfüllen und unterzeichnen und inklusive aller erforderlichen Anlagen zurücksenden.

Bitte beachten Sie den Gebührenhinweis auf der letzten Seite des Antrages.

per Post an: EIPOSCERT GmbH  
Freiberger Straße 37  
01067 Dresden

per E-Mail an: cert@eiposcert.de

Zertifizierungsprogramm:	
Zertifizierungsbereich <i>(gemäß Kap. 1 Zertifizierungsprogramm):</i>	
Antrag auf Zulassung zum:	<input type="checkbox"/> <b>Erstzertifizierungsverfahren</b> <input type="checkbox"/> <b>Rezertifizierungsverfahren</b>
Antrag auf Zulassung zum Deltaverfahren bei EIPOSCERT:	<input type="checkbox"/>

Allgemeine Angaben der antragstellenden Person	
Name:	Vorname:
Titel / akadem. Grad:	Geburtsdatum:
Staatsangehörigkeit:	Geburtsort:
Zertifikatsnummer EIPOSCERT (nur bei Antrag auf Rezertifizierung):	

<b>Adressen</b> <i>(nur bei erstmaliger Antragstellung oder bei Änderungen ausfüllen)</i>		
<b>Wohnanschrift</b>		
Straße:	Telefon:	
PLZ, Ort:	Mobil:	
E-Mail:	Homepage:	
<b>Firmenanschrift</b> <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> angestellt		
Firmenname:	Telefon:	
Abteilung:	Mobil:	
Position:	E-Mail:	
Straße:	Homepage:	
PLZ, Ort:		
<b>Schriftverkehr soll adressiert werden an <i>(bitte ankreuzen)</i>:</b>		
<b>Hinweis:</b> Alle Informationen zum Ablauf der Personenzertifizierung, einschließlich Prüfungsergebnisse, werden von uns über die angegebenen Kommunikationswege versendet.		
<b>E-Mails:</b> <input type="checkbox"/> private E-Mail <input type="checkbox"/> Geschäftliche E-Mail	<b>Postweg:</b> <input type="checkbox"/> Wohnanschrift <input type="checkbox"/> Firmenanschrift	<b>Rechnungen:</b> <input type="checkbox"/> Wohnanschrift <input type="checkbox"/> Firmenanschrift

<b>Angaben zu den Zulassungsvoraussetzungen</b>		
<i>(nur bei Antrag auf Erstzertifizierungsverfahren ausfüllen – Anforderungen siehe Zertifizierungsprogramm Kapitel 3)</i>		
<b>Abgeschlossene Berufsausbildung / abgeschlossenes Studium</b>		
von ... bis ... (Monat / Jahr)	Titel / Institution	
<b>Zusatzqualifizierung</b>		
von ... bis ... (Monat / Jahr)	Titel / Institution	Umfang in UE <sup>1</sup>
<b>Praktische Tätigkeit im Zertifizierungsbereich</b>		
von ... bis ... (Monat / Jahr)	Unternehmen	

1 Unterrichtseinheiten à 45 Minuten

<b>Nachweis der praktischen Tätigkeit – Eidesstattliche Erklärung</b> <i>(nur bei Selbstständigkeit)</i>	
<p>Hiermit versichere ich, dass ich über _____ Jahre Berufspraxis und _____ Jahre praktische Tätigkeit als Sachverständiger im beantragten Zertifizierungsbereich verfüge.</p>	
<p>_____</p> <p>Ort, Datum</p>	<p>_____</p> <p>Unterschrift der antragstellenden Person</p>

<b>Nachweis der praktischen Tätigkeit – Erklärung des Arbeitgebenden</b> <i>(nur bei angestellten Personen)</i>	
<p>Der Arbeitgebende der antragstellenden Person erklärt, dass die auf Seite 1 benannte Person</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ seit _____ Jahren in unserem Unternehmen beschäftigt ist und _____ Jahre im beantragten Zertifizierungsbereich tätig ist;</li> <li>▪ die Tätigkeit weisungsfrei persönlich ausübt und keinen Parteivorgaben unterliegt; und</li> <li>▪ ermächtigt ist, die im Rahmen der Zertifizierung und nach den Zertifizierungsbedingungen zu erteilenden Informationen gegenüber EIPOSCERT zu erbringen.</li> </ul>	
<b>Ansprechpartnerin / Ansprechpartner / Ansprechperson</b>	
<p>Name: _____</p>	<p>Funktion: _____</p>
<p>Telefon: _____</p>	
<p>_____</p> <p>Ort, Datum</p>	
<p>_____</p> <p>rechtsverbindliche Unterschrift Firmenstempel</p>	

Erklärung über eine Teilnahme an Zertifizierungsverfahren im beantragten Zertifizierungsbereich / Sachgebiet bei externen Stellen		
Ich habe innerhalb der letzten X Jahre an einem Zertifizierungsverfahren nach DIN EN ISO/IEC 17024		
<input type="checkbox"/> nicht teilgenommen. <input type="checkbox"/> teilgenommen:		
Zertifizierungsstelle	Jahr der Zertifizierungsprüfung	Zertifikat erteilt (ja/nein)

Erklärung über die Mitgliedschaft/ Zertifizierung in vergleichbaren Sachverständigenorganisationen	
<input type="checkbox"/>	öffentliche Bestellung*
<input type="checkbox"/>	RICS*
<input type="checkbox"/>	
*Bestellungskörperschaft, Fach-/Tätigkeitsgebiet, Gültigkeit:	
<hr style="width: 80%; margin-left: 0;"/>	

Antrag auf Prüfung gleichwertiger Eignung der oben angegebenen Zertifizierung/ Mitgliedschaften	
Hiermit beantrage ich die Prüfung auf gleichwertige Eignung gemäß Zertifizierungsprogramm und füge entsprechende Nachweisdokumente zum Antrag bei.	
Ort, Datum	Unterschrift der antragstellenden Person

**Antragsverfahren / Erklärungen**

*Im Antragsverfahren wird geprüft, ob die antragstellende Person die Zulassungsvoraussetzungen für das beantragte Zertifizierungsverfahren erfüllt. Die Kriterien für die Zulassung ergeben sich aus dem gültigen Zertifizierungsprogramm des oben genannten Zertifizierungsbereichs.*

*Über die Zulassung zum Zertifizierungsverfahren entscheidet die Leitung von EIPOSCERT. Die antragstellende Person wird zum Zertifizierungsverfahren zugelassen, wenn alle Unterlagen vollständig eingereicht und die Zulassungsvoraussetzungen erfüllt sind. EIPOSCERT teilt die Entscheidung über Zulassung oder Nichtzulassung in einer Frist von 4 Wochen schriftlich mit.*

*Die antragstellende Person verpflichtet sich, für die Durchführung des Antragsverfahrens eine Gebühr zu entrichten. Höhe und Fälligkeit der Gebühr richten sich nach der gültigen Gebührenordnung für das oben benannte Zertifizierungsprogramm.*

Hiermit beantrage ich die Zulassung zum Zertifizierungsverfahren im auf Seite 1 angegebenen Zertifizierungsbereich/-programm nach den im gültigen Zertifizierungsprogramm von EIPOSCERT festgelegten Regelungen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass EIPOSCERT die von mir übermittelten personenbezogenen Daten elektronisch speichert und ausschließlich zum Zweck der Antragsabwicklung sowie zur Wahrung der Geschäftsinteressen im Hinblick auf Information, Beratung und Betreuung erhebt, verarbeitet und nutzt. Eine Weitergabe an unbeteiligte Dritte zu privaten oder gewerblichen Zwecken wird ausgeschlossen. Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung freiwillig erteile und widerrufen kann. Widerrufserklärungen und Änderungsmitteilungen richte ich per E-Mail an [datenpflege@eiposcert.de](mailto:datenpflege@eiposcert.de).

Des Weiteren versichere ich an Eides statt, dass ich in wirtschaftlich geordneten Verhältnissen lebe, eine angemessene Berufshaftpflichtversicherung (sofern selbstständig tätig) vorweisen kann, unbescholten und nicht vorbestraft bin.

Angaben zu Art und Umfang besonderer Bedürfnisse, sofern zutreffend (körperliche Beeinträchtigungen etc.):

Ich versichere die Vollständigkeit und Richtigkeit aller gemachten Angaben. Änderungen werde ich EIPOSCERT unverzüglich mitteilen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der antragstellenden Person

<b>Anlagen</b> (eingereichte Unterlagen bitte ankreuzen) bei Antrag auf Zulassung zum	
<b>Erstzertifizierungsverfahren</b>	<b>Rezertifizierungsverfahren</b>
<input type="checkbox"/> Lebenslauf *  <input type="checkbox"/> Nachweis der Zusatzqualifizierung mit Angabe zu Umfang und Inhalt **  <input type="checkbox"/> polizeiliches Führungszeugnis ***  <input type="checkbox"/> Nachweis höchster Bildungsabschluss **  <input type="checkbox"/> Auszug aus dem Gewerbezentralregister (nur bei gewerblicher Tätigkeit) ****	<input type="checkbox"/> polizeiliches Führungszeugnis ***  <input type="checkbox"/> Auszug aus dem Gewerbezentralregister (nur bei gewerblicher Tätigkeit) ****
<p><b>Erläuterungen:</b></p> <p>* mit Datum und Unterschrift</p> <p>** in Kopie, unbeglaubigt</p> <p>*** im Original, nicht älter als 12 Monate</p> <p>**** im Original, nicht älter als 12 Monate; entsprechend dem gültigen Zertifizierungsprogramm</p> <p><b>Um Ihren Antrag zügig bearbeiten zu können, bitten wir Sie, nur vollständige Unterlagen einzureichen.</b></p>	
<p><b>Gebühr für die Antragsbearbeitung:</b></p> <p>Für die Antragsbearbeitung (inkl. Prüfung aller eingereichten Unterlagen) wird eine <b>Gebühr in Höhe von 178,50 EUR (inkl. 19 % Umsatzsteuer)</b> berechnet. Die Einzahlung der Gebühr erfolgt nach Rechnungslegung durch EIPOSCERT auf das Konto von EIPOSCERT bei der Deutschen Kreditbank AG, IBAN: DE41 1203 0000 1020 1949 55, BIC: BYLADEM1001 unter Angabe der Rechnungsnummer. Bankspesen der Überweisung sind, insbesondere bei Überweisungen aus dem Ausland, vom Einzahler zu tragen.</p>	
<p><b>Hinweis:</b></p> <p>Der Zertifizierungsvertrag wird Ihnen <b>nach</b> der formalen Prüfung des Antrages und Zulassung durch die Zertifizierungsstelle EIPOSCERT zugesandt.</p>	
<p>_____ Ort, Datum</p>	<p>_____ Unterschrift der antragstellenden Person</p>