|  |  |
| --- | --- |
| Antragsteller\*: |  |
| Anschrift(Straße, PLZ, Ort)\*: |  |
| Ansprechpartner(Titel Vorname Name)\*: |  |
| Telefon\*: |  |
| E-Mail\*: |  |
| Veranstaltungsort\*: |  |

*\*Pflichtangaben*

1. **Wann** soll die MAKS®-Informationsveranstaltung stattfinden?

|  |  |
| --- | --- |
| Termin: |  |

1. **Welche Zielgruppe** hat Ihre geplante Informationsveranstaltung?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Therapeuten / Pflegepersonal / Betreuungspersonal  |
|  |  |  |
|  |  | Entscheider (bspw. Einrichtungsleitung)  |
|  |
|  |  | Sonstige Zielgruppe (bitte benennen): |  |

1. **Welchen zeitlichen Umfang** soll der MAKS®-Vortrag haben? *Bitte ankreuzen.*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 1 Stunde MAKS®-Vortrag  |  |  |  |
|  |
|  |  | 2 Stunden MAKS®-Vortrag  |  |  |  |
|  |
|  |  | Einstündiger MAKS®-Workshop\*  |  |  |  |

\* der MAKS®-Workshop kann auch an einen 1 bzw. 2-stündigen MAKS®-Vortrag angehängt werden.

Bitte kontaktieren Sie uns, falls Sie eine **längere Vortragszeit** wünschen (schulung@clarcert.de).

1. Hatten Sie bereits vorab bezüglich des Vortrags Kontakt zu einem **MAKS®-Dozenten**?

|  |  |
| --- | --- |
| Name: |  |

1. Werden die Räumlichkeiten und das Catering von Ihrer Einrichtung gestellt?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | ja |  |  | nein |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | ClarCert soll die Räumlichkeiten und das Catering organisieren, was auch  |
|  |  |  |  |  | in der Aufwandskalkulation Berücksichtigung findet. |

1. Wie viele Teilnehmer sind für den MAKS®-Vortrag geplant?

|  |  |
| --- | --- |
| Anzahl: |  |

Bitte beachten Sie, dass ein MAKS®-Vortrag / Workshop lediglich der Information dient und keine MAKS®-Therapeuten-Schulung darstellt.

Für die Richtigkeit der Angaben

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Ort, Datum |  | Unterschrift (Antragsteller) |