##### Kundendaten

|  |  |
| --- | --- |
| Name des Trägers |  |
| Kunden-Nummer |  |
| Ansprechpartner |  |
| Telefon / Telefax |  |
| E-Mail |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **neuer Durchführungsort** (Straße, Nr., PLZ, Ort) | **Anzahl der Mitarbeiter** | **Fachbereiche am Standort \* (Nr. 1-6)** | **Nur bei Fachbereich 4: geplante Maßnahmen der berufl. Weiterbildung in Wirtschaftszweigen \*\*** |
|  |  |  | UD  KB  GT  PS |
|  |  |  | UD  KB  GT  PS |
|  |  |  | UD  KB  GT  PS |
|  |  |  | UD  KB  GT  PS |
|  |  |  | UD  KB  GT  PS |
|  |  |  | UD  KB  GT  PS |
|  |  |  | UD  KB  GT  PS |
|  |  |  | UD  KB  GT  PS |

|  |  |
| --- | --- |
| **\* Bitte geben Sie an, für welche Fachbereiche Sie die Zulassung am Standort beantragen (Nr. 1-6):**  1. Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung  2. ausschließlich erfolgsbezogen vergütete Arbeitsvermittlung in   versicherungspflichtige Beschäftigung  3. Maßnahmen der Berufswahl und Berufsausbildung  4. Maßnahmen der beruflichen Weiterbildung  5. Transferleistungen nach den §§ 110 und 111 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch  6. Maßnahmen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben | **\*\* Bitte geben Sie an, in welchen Wirtschaftszweigen Maßnahmen der beruflichen Weiterbildung am Standort durchgeführt werden sollen:**  UD: unternehmensbezogene Dienstleistungen  KB: kaufmännischer Bereich  GT: gewerblich/technischer Bereich  PS: personenbezogene und soziale Dienstleistungen |

Der Antragsteller bestätigt in Übereinstimmung mit den gesetzlichen und behördlichen Vorschriften und seines Systems zur Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung die Auswahl und Überprüfung der Schulungsstätten.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | , den |  |  |
| Ort |  | Datum | Stempel/Rechtsgültige Unterschrift |