

BILDUNGSWERK DER ERZDIÖZESE KÖLN E. V.

Katholische Familienbildungsstätte Bergisch Gladbach

Tel.: 0 22 02 / 9 36 39 - 0; Fax: 0 22 02 / 9 36 39 - 55

Stark umrandete Felder sind von der Bildungseinrichtung auszufüllen!

Örtlicher Veranstalter:

Bezeichnung: _____

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ und Ort: _____

Telefon und Fax: _____

E-Mail-Adresse: _____

Katholische Familienbildungsstätte
Bergisch Gladbach
Laurentiusstraße 4 - 12
51465 Bergisch Gladbach

PLANUNGSBOGEN

Thema: _____

ggf. _____

Untertitel _____

Sachb./V-Nr:	_____
Evaluation:	<input type="checkbox"/>
Förd. Art:	_____
Progr.-Heft:	_____

Veranstaltungsart: Einzelveranst. Kurs, Seminar, Reihe Eltern-Kind Internatsveranst.

Veranstaltungsdaten: _____
(bitte einzeln auflühren) _____

Wochentag: _____

Uhrzeit: von _____ Uhr bis: _____ Uhr

Uhrzeit: von _____ Uhr bis: _____ Uhr

Anzahl Termine:	_____
Ust pro Termin:	_____
Dauer gesamt:	_____ Ust./TTg.

Erwachsene:
geplante Teilnehmerzahl: _____
maximale Teilnehmerzahl: _____
TN-Gebühr: _____ EUR

Kinder:
gepl. Teilnehmerzahl: _____
max. Teilnehmerzahl: _____
TN-Gebühr: _____ EUR

TN-Geb./Erw.:	_____ EUR
TN-Geb./Kinder:	_____ EUR
Umlage pro TN	_____ EUR
Eigenleistung:	_____ EUR

Veranstaltungsort: Bezeichn.: _____
Straße: _____
PLZ / Ort: _____

Schlagworte:	_____
Keine Internetveröffentlichung:	<input type="checkbox"/>

Bei Internatsveranstaltung: Hauskosten: _____ EUR (Bitte Kopie der Reservierungsbestätigung beilegen)

Anzahl der Referenten: _____ Anzahl der Kinderbetreuer: _____

1. Referentin / Referent: (weitere Referenten bitte nach Absprache mit der Bildungseinrichtung zusätzlich angeben.)

Name, Vorname: _____
Straße: _____
PLZ / Ort: _____
Telefon / Handy: _____
E-Mail-Adresse: _____

Honorar pro Ust:	_____ EUR
Honorar pauschal:	_____ EUR
Auslagen:	_____ EUR
Fahrtkosten:	_____ EUR

Bankverbindung: Kontoinhaber: _____ Konto-Nr.: _____
Institut: _____ BLZ: _____

Ort und Datum

Unterschrift

HPM / HVM: