

Anmeldung einer Bildungsveranstaltung

EEB Niedersachsen - Geschäftsstelle Osnabrück
Anna-Gastvogel-Str. 1, 49080 Osnabrück
Telefon (0541)50541-0 Fax. (0541)50541-10



ggf. die Kursbuchnummer

Die unten beschriebene Bildungsveranstaltung wird in der Trägerschaft der Evangelischen Erwachsenenbildung Niedersachsen (EEB) geplant. Die pädagogische Verantwortung liegt bei der EEB. Es gelten die Regelungen des niedersächsischen Erwachsenenbildungsgesetzes und der Kooperationsvertrag mit der EEB.

Diese Spalte wird von der EEB ausgefüllt.

Thema:

Zielgruppe:

ggf. Ausschreibungstext (für Programmheft):

Termine:

Beginndatum: Uhrzeit: Uhr Enddatum: Uhrzeit: Uhr

Vorbehalte:

01	14
02	15
03	16
04	17

An folgenden Tagen und zu folgenden Zeiten finden die einzelnen Treffen statt (bitte ankreuzen und vervollständigen):

05	18
----	----

06	19
07	20
08	21
09	22
10	
11	
12	
13	

täglich
 Montag bis Freitag
 wöchentlich, am von Uhr bis Uhr
 vierzehntäglich, am von Uhr bis Uhr
 monatlich, am 1./2./3./4./letzten
 folgende Tage

Berechnung der Bildungsarbeit:

Anzahl (Treffen/Tage) mal (Min.) = Ges.Min.

geplante Teilnehmer/innenzahl:

Kinderbetreuung? (ggf. ankreuzen)

Veranstaltungsort (mit PLZ):

ggf. Tagungsstätte:

Dieses Seminar (von mindestens 3 Tagen Dauer) soll als Bildungsurlaubsseminar nach dem niedersächsischen Bildungsurlaubsgesetz anerkannt werden (ggf. ankreuzen).

Teilnehmergebühr: DM

ggf. Haushaltsstelle:

örtl. Ausrichter/in Kennung: Leiter/in: Kennung:
 (Wenn Sie schon bei der EEB erfasst sind, reicht die Angabe von Namen und Kennung, andrenfalls "Kennung" offenlassen.)

Instituion:	<input type="text"/>
Ansprechpartner/in:	<input type="text"/>
Straße:	<input type="text"/>
PLZ/Ort:	<input type="text"/>
Telefon/Fax:	<input type="text"/>
Zahlungsempfänger:	<input type="text"/>
Landkreis:	<input type="text"/>

Name:	<input type="text"/>
Amtsbezeichnung:	<input type="text"/>
Straße:	<input type="text"/>
PLZ Ort/Ortsteil:	<input type="text"/>
Telefon/Fax:	<input type="text"/>
Tätigkeit/Ausbildung:	<input type="text"/>
KK-Zuordnung:	<input type="text"/>

Veranstaltungsform:

MTS-gemeinw.
 1
 sonstige Veran.
 3-KV
 4-Sem.
 5-AK/K

Bildungsart:

allgm. Bildung
 0
 gemeinw. Bild.
 1 - pol.
 2 - W.u.N.
 3 - zw.Bw.
 4 - Alohob.
 5 - Fr.
 6 - Beh.
 7 - Uni.
 ohne Förd. § 6
 8
 sonstiges
 9

Finanzhilfe:

Bildungsmin.
 Ustd.-Satz
 Betr. U+V

weitere Referent/innen und Mitarbeiter/innen (bitte jeweils mit Titel, vollständiger Name, Ort):

1)	<input type="text"/>
2)	<input type="text"/>
3)	<input type="text"/>

Programm-Nr.

Datum/Unt.:

Ort: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____