|  |  |
| --- | --- |
| Antragsteller\*: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Anschrift (Straße, PLZ, Ort)\*: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Ansprechpartner (Titel Vorname Name)\*: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Telefon\*: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| E-Mail\*: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Veranstaltungsort\*: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

*\*Pflichtangaben*

1. **Welches Schulungsmodul möchten Sie beantragen?** Bitte geben Sie, sofern vorhanden, Ihre Wunschtermine an. Die finale Terminabsprache wird dann zwischen Ihnen und dem MAKS®-Dozenten erfolgen.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **MAKS®-m-Therapeuten-Schulung**\* Wunschtermin Block 1 (16 UE): | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
|  |  |  |
|  | Wunschtermin Block 2 (8 UE): | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
|  |  |  |
|  | **MAKS®-s-Therapeuten-Schulung** Wunschtermin (16 UE): | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
|  |  |  |
|  | **MAKS®-r Vertiefungstag / Re-Zertifizierung** Wunschtermin (8 UE): | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

*\* Bei Schulungen mit mehreren Schulungsblöcken müssen mindestens 6 Wochen bis maximal 6 Monate zwischen den Blöcken liegen.*

1. **Hatten Sie bereits vorab bezüglich der MAKS®-Therapeuten-Schulung Kontakt zu einem MAKS®-Dozenten?**

|  |  |
| --- | --- |
| Name: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

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 die MAKS®-Therapeuten-Schulung geplant?**

|  |  |
| --- | --- |
| Anzahl: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

*Empfohlene Mindestteilnehmerzahl: 10 Maximalteilnehmerzahl: 16*

Für die Richtigkeit der Angaben

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |  |  |
| Ort, Datum |  | Unterschrift (Antragsteller) |

**Hinweis:** Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in allen Dokumenten auf die gleichzeitige Verwendung geschlechterspezifischer Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.