

Seminar Checkliste

Veranstalter: _____
 Kontaktperson Reservierung: _____
 Telefonnummer/ eMail: _____
 Rechnungsadresse: _____

 Titel der Veranstaltung: _____
 Ansprechperson vor Ort: _____
 Name TrainerIn: _____
 Tel.Nr. /eMail TrainerIn: _____

Seminardatum: _____ **Seminarzeiten:**

	1. Tag: ab _____ bis _____ Uhr
	2. Tag: ab _____ bis _____ Uhr
	3. Tag: ab _____ bis _____ Uhr

Personenanzahl gesamt: _____ TeilnehmInnen und _____ TrainerInnen

Zimmeranzahl: _____ Einbettzimmer _____ Doppelzimmer

TeilnehmerInnen ohne Nächtigung: _____ Personen
 Anreise am Vortag: Ja _____ Personen Nein _____

Seminarraum:

Seminarraum für: _____ Personen
 Bestuhlung:

<input type="checkbox"/> Kino	<input type="checkbox"/> Parlament	<input type="checkbox"/> U-Form
<input type="checkbox"/> Block	<input type="checkbox"/> Sesselhalbkreis	<input type="checkbox"/> geschlossen
<input type="checkbox"/> Reihen	<input type="checkbox"/> Andere _____	

Ausstattung im Tagungsraum

	Anzahl	Kosten pro Tag (brutto)
Beamer & Leinwand	_____	je 1 Stück inkludiert
Pinnwand	_____	2 Stück inkludiert, ab dem 3. Stück € 10,- pro Stück
Flip Chart	_____	2 Stück inkludiert, ab dem 2. Stück € 10,- pro Stück
Internetzugang	_____	gratis W-Lan in allen Seminarräumen
CD- und DVD Player	_____	1 Stück inkludiert
TV Gerät	_____	1 Stück inkludiert (nach Verfügbarkeit)
Videokamera	_____	1 Stück inkludiert (nach Verfügbarkeit)
Overhead Projektor	_____	1 Stück inkludiert

Weiteres inkludiert:

Mikrophon
 Headset
 Tonanlage
 Rednerpult (Saal Donau)
 Bühne (Saal Donau)

Besprechungsraum / Gruppenraum:

Technikpauschale : Ja Nein
 Ja Nein
 Anzahl der Gruppenräume: _____ für je _____ Personen Bestuhlung: _____
 Datum: _____ von _____ bis _____ Uhr Datum: _____ von _____ bis _____ Uhr

Verrechnung:

Verpflegungspauschale	<input type="checkbox"/> Firma	<input type="checkbox"/> TeilnehmerInnen
Raummiete	<input type="checkbox"/> Firma	<input type="checkbox"/> TeilnehmerInnen
Anreise am Vortag (Zimmer, Verpflegung)	<input type="checkbox"/> Firma	<input type="checkbox"/> TeilnehmerInnen

Verrechnung der weiteren Getränke:

Gesamte Getränke	<input type="checkbox"/> Firma	<input type="checkbox"/> TeilnehmerInnen
2 Getränke pro Mahlzeit	<input type="checkbox"/> Firma	
Bargetränke, Spirituosen	<input type="checkbox"/> Firma	<input type="checkbox"/> TeilnehmerInnen
Telefon, Minibar	<input type="checkbox"/> Firma	<input type="checkbox"/> TeilnehmerInnen
Getränke TrainerIn	<input type="checkbox"/> Firma	<input type="checkbox"/> TrainerIn

Sonstige Wünsche: _____