

Tagungsplaner SEB AG Bildungszentrum Hohemarkstraße 104, 61440 Oberursel Ansprechpartner: Empfang/Rezeption Tel. 06171-2030 Fax 06171-203 248 Email: SEB.Bildungszentrum@seb.de		Teilnehmer sind Selbstzahler: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Personenanzahl inkl. Referent:	Bei Mehrtägigen Veranstaltungen Anzahl Übernachtungen Personen Voranreise ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Titel der Veranstaltung:		Veranstaltungszeitraum: Von Datum: _____ Bis Datum: _____		
Veranstalter: Firma: Ansprechpartner: Straße: PLZ / Ort: Telefon: Fax: Email: Ansprechpartner vor Ort: (Seminarleiter oder Trainer)		Rechnungsempfänger (falls vom Veranstalter abweichend) Firma: Ansprechpartner: Straße: PLZ / Ort: Telefon: _____ Fax: _____ Email: Rechnungsempfänger übernimmt folgende Kosten: <input type="checkbox"/> Tagesvollpension mit Übernachtung/Frühstück <input type="checkbox"/> nur Tagespauschale <input type="checkbox"/> nur Übernachtung mit Frühstück Weitere Varianten bitte in „Sonstige Bemerkungen“ angeben		
Eintägige Veranstaltung:		Mehrtägige Veranstaltung:		
Beginn der Veranstaltung: _____ Uhr	Ende der Veranstaltung: _____ Uhr	Beginn der Veranstaltung: 1.Tag: _____ Uhr laufende Tage _____ Uhr	Ende der Veranstaltung: laufende Tage: _____ Uhr letzter Tag _____ Uhr	
Tischform Veranstaltungsraum		Gruppenraum Ja <input type="checkbox"/> Anzahl _____ Nein <input type="checkbox"/> Tischform Technische Ausstattung		
Technische Ausstattung des Veranstaltungsraumes:				
Standard Medientechnik, bereits im Raum vorhanden: Overhead, Moderatorenkoffer , sowie Flipchart _____ Stück Pinnwände _____ Stück (Bitte gewünschte Anzahl angeben)		Zusätzlich Medientechnik: (bitte gewünschte Technik und ggf. Anzahl angeben) <input type="checkbox"/> Beamer <input type="checkbox"/> Videokamera <input type="checkbox"/> Medienwagen (Video u. Fernseher) Sonstiges: _____		
Verpflegung: Gebuchte Pauschale (laut schriftl. Bestätigung)				
<input type="checkbox"/> Tagespauschale x je Teilnehmer Kaffeepause Vormittag und Nachmittag Mittagessen alkoholfreie Getränke Seminarraummiete incl. Ausstattung		<input type="checkbox"/> Tagesvollpension x je Teilnehmer Kaffeepause Vormittag und Nachmittag Mittagessen und Abendessen alkoholfreie Getränke Seminarraummiete incl. Ausstattung		
Sonstige Bemerkungen und Vereinbarungen:				
Ort	Datum	Name / Unterschrift		
Interne Vermerke: Diese Felder werden nur vom Bildungszentrum ausgefüllt!				
Veranstaltungsraum: _____		Gruppenraum: _____		
Tagungsplaner eingeben <input type="checkbox"/>		Datum _____ Mitarbeiter _____		
Zimmer gebucht <input type="checkbox"/>				

Auf Blatt 2 – 4 tragen Sie bitten die Namen der Teilnehmer für die Veranstaltung ein.