

Antragsformular

Hiermit beantragen wir die Prüfung der Auszeichnung „Hervorragender Ausbildungsbetrieb“

Name des Betriebes

Betriebsinhaber/Pächter

Straße

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail/URL

DEHOGA Mitgliedsnummer (falls vorhanden)

Zuständige IHK

Zuständige Berufsschule

Anzahl der Ausbilder/innen im Betrieb (Vollzeit und Teilzeit separat angeben)

Anzahl der Mitarbeiter/innen im Betrieb (siehe Formular auf Seite 2)

Liste der Auszubildenden im Betrieb (siehe Formular auf Seite 2)

Ansprechpartner/in für Ausbildung im Betrieb

Küche

Service

Logis

Antragsformular

Hat Ihr Betrieb bereits an anderen Zertifizierungen und Klassifizierungen erfolgreich teilgenommen? Wenn ja, an welchen?

Ich bestätige, dass mir die Aktionsbedingungen (Teilnahmeinformation) bekannt sind, und dass die Angaben der Selbstauskunft vollständig und wahrheitsgemäß sind. Mir ist bekannt, dass die Gültigkeit der Auszeichnung drei Jahre beträgt.

Ort, Datum

Unterschrift Betriebsstempel

