|  |  |
| --- | --- |
| Partner (Name der Organisation und Adresse,Art der Einrichtung )) |  |
| **OID der Partnerorganisation** |  |
| Unterzeichnungsberechtigter des Mandats(Name, Tel.-Nr., email, Position) |  |
| Ansprechpartner (Name, Tel-Nr., email, Position), |  |
| Gesamtzahl Ihrer Mitarbeiter |  |
| Gesamtzahl Auszubildende in Ihrer Organisation |  |
| Ihre Erfahrungen mit Mobilitätsprogrammen (bitte kurz beschreiben) |  |
| Berufsgruppe der Teilnehmer | 🞎 Auszubildende 🞎 Fachkräfte im ersten Jahr 🞎 Lehrpersonal/Ausbilder |
| Ziel des Vorhabens |  |
| Beschreibung des Vorhabens(bitte geben Sie uns eine möglichst detaillierte Beschreibung – Aufgaben der Partner, Lerninhalte)  |  |
| Voraussichtlicher Beginn bzw. Ende und Dauer der Maßnahme |  |
| Ort, Zielland |  |
| Unternehmen bzw. Organisation im Zielland (Name, Adresse, Email, Ansprechpartner, Beschreibung der aufnehmenden Einrichtung wie Größe, Zahl der Mitarbeiter usw.)  |  |
| **OID der aufnehmenden Einrichtung** |  |
| Aufgaben der Einrichtung im Zielland |  |
| Unterbringung |  |
| Anzahl Teilnehmer je Berufsgruppe |  |
| Anzahl Betreuer |  |
| Sonstiges (z. B. Zertifikate, Zeugnisse, Teilnahmebestätigung) |  |