

## Anbieter- Stammdaten

Bitte **LESERLICH** schreiben!

NAME der Einrichtung: \_\_\_\_\_

ADRESSE:  barrierefrei

Suchname: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Land

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Stadtteil

\_\_\_\_\_  
Geschäftsführung

\_\_\_\_\_  
Tel. Geschäftsführung

### Firmenportrait

**Infomerkmale:** •Eigenauftrag des Anbieters, ggf. besondere Leistungsversprechen •Hauptbildungsziele, Angebots-/ Themenschwerpunkte, Zielgruppen, besondere Methodik •Räumlichkeiten, Infos zur Ausstattung •Qualifikation der Dozierenden •Unternehmenszugehörigkeit, Beteiligungen, Mitgliedschaft in Verbänden •Besondere Referenzen •Erreichbarkeit, Anfahrt •Angaben zu QMS siehe unten

Firmenportrait falls möglich in digitaler Form (DOC, PDF) und

Logo bitte als JPG oder GIF an weiterbildungsportal@mwwk.rlp.de senden

Text ggf. umseitig fortsetzen ...

GRÜNDUNGSJAHR: \_\_\_\_\_

RECHTSFORM / STATUS:

- privatwirtschaftlich  
 öffentlich rechtlich  
 gemeinnützig  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

QUALITÄTSSERTIFIKATE:

(Ankreuzen, welches in Übersicht erscheint)

- DIN / ISO 9000 ff seit: \_\_\_\_\_  
 AZWW seit: \_\_\_\_\_  
 LQW seit: \_\_\_\_\_  
 Stiftung Warentest  
 Test vom (Heft, Seite): \_\_\_\_\_  
 Anderes Qualitätssicherungssystem  
 Welches? \_\_\_\_\_

Anzahl Dozierende:

Beschäftigte: \_\_\_\_\_ Freie: \_\_\_\_\_

### Kontaktmöglichkeit

zur Veröffentlichung im Portal

\_\_\_\_\_  
Ansprechperson

Tel: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

SPRECHZEITEN:

\_\_\_\_\_  
Webseite für Interessierte

### Pflegekontakt

\_\_\_\_\_  
Datenpflege - Ansprechpersc

Pflege-Tel: \_\_\_\_\_

Pflege-Fax: \_\_\_\_\_

Pflege-E-Mail: \_\_\_\_\_

Pflegeweg:

- online - durch Anbieter (Passwort)  
 per Daten-Import

Aktualisierungsrhythmus

Wann werden die Daten aktualisiert?  
 (1x-2x jährlich)

- |                                |                               |                               |
|--------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Jan   | <input type="checkbox"/> Mai  | <input type="checkbox"/> Sep. |
| <input type="checkbox"/> Feb.  | <input type="checkbox"/> Juni | <input type="checkbox"/> Okt. |
| <input type="checkbox"/> März  | <input type="checkbox"/> Juli | <input type="checkbox"/> Nov. |
| <input type="checkbox"/> April | <input type="checkbox"/> Aug. | <input type="checkbox"/> Dez. |

Ich stimme den Nutzungsbedingungen und der Veröffentlichung personenbezogener Daten zu.

Ich stimme der Weitergabe der Kursdaten an das WISY-Gesamtportal, den Deutschen Bildungsserver und andere öffentliche oder öffentlich-rechtlich geförderte Weiterbildungsdatenbanken zu.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

WISY-Nr:

(Interne Vergabe)