Wir beantragen für unsere Einrichtung das GAB-Qualitäts-Siegel und stellen hierfür folgende Daten zur Verfügung.

|  | Einrichtung |
| --- | --- |
| \* | Name des Trägers: | Eingabe. |
| \* | Name der Einrichtung: | Eingabe. |
| \* | Anschrift: | StraßeEingabe. |
| PLZEingabe | OrtEingabe. |

|  | Ansprechpartner:in |
| --- | --- |
| \* | Frau [ ] Herr [ ]  | VornameEingabe. | NachnameEingabe. |
| \* | E-MailEingabe. |
|  | TelefonEingabe. | MobilEingabe. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Angaben zur Einrichtung |
| \* | Art der Einrichtung | Eingabe. |
| \* | Jahr der Gründung | Eingabe. |
| \* | Größe der Einrichtung | Anzahl der PlätzeAnzahl. | Mitarbeiter:innen in VollzeitAnzahl. | Mitarbeiter:innen in TeilzeitAnzahl. | Anzahl der StandorteAnzahl. |

|  | Angaben zum Qualitätsmanagement |
| --- | --- |
| \* | Gewünschtes Siegel | Wählen |
| \* | Für welche Einrichtungsteile wird das Siegel beantragt | Eingabe. |
| \* | Wann hat die Einrichtung das QM nach dem GAB-Verfahren eingeführt | Eingabe. |
| \* | Wurde die Einführung extern begleitet | Eingabe. |
|  | Name und Anschrift des externen BeratersEingabe. |
| \* | Wurde schon einmal eine Zertifizierung bzw. Prüfung des QM der Einrichtung durchgeführt | Ja/Nein |
|  | Name und Anschrift des ZertifizierersEingabe. |
|  | ErgebnisEingabe. |
| \* | Name des/der Qualitätskoordinator:in | Vor- und NachnameEingabe. |
| \* | TelefonEingabe. |
| \* | Die „GAB-Qualitätssiegel Kriterienliste-Gund- und Vollform“ haben wir sorgfältig durchgearbeitet und nach bestem Wissen ausgefüllt.  | Ja/Nein |
| \* | Das Inhaltsverzeichnis unseres Qualitätsmanagementhandbuch ist beigefügt | Auswählen |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Wir erklären die Richtigkeit aller Angaben: |
| \* | Datum: Eingabe. |  | Rechtsverbindliche Unterschrift: |  |
|  |
|  |