**Liste der Standorte**

Die Übersicht ist für **alle** zugelassenen oder neu zuzulassenden Standorte auszufüllen, unterschrieben und als **WORD-Dokument** dem Antrag auf Trägerzulassung beizufügen.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Spalten mit blauer Markierung** | **Fachbereiche** | **Einschränkungen** |
| Durch Auditor/in bzw. Fachkundige Stelle auszufüllen. | Bitte nicht zutreffende Fachbereiche für den Standort löschen! | **Eintragung durch den Träger**   * Sofern ein Standort über Räume mit weniger als 12 Teilnehmerplätzen/Raum verfügt, bitte die Platzkapazität des größten Schulungsraumes angeben. (≤ 11) * Bitte Einschränkungen aus dem letzten gültigen Träger-Zertifikat angeben.   Maximale Anzahl von Theorieplätzen (TP) bzw. fachpraktischen Plätzen (FP) bei weniger als 12 Teilnehmer-Plätzen, bezogen auf den größten Raum des jeweiligen Standortes bzw. bedingt durch die Anzahl sanitärer Anlagen bei niedriger Gleichzeitigkeit. |

| **Lfd.**  **Nr.** [6] | **Zertifikats-**  **Registrier-Nr.:** [21] | **Standort** [19] | **Straße** [19] | **Haus-**  **Nr.** [19] | **Postleit-**  **Zahl** [19] | **Ort** [19] | **Zulassungszeitraum** [20] | | **Änderung** [22] | **Fach-**  **bereiche** | **Einschränkungen\*** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| von | bis |
| 01 | 01 600 999999/999 | Trägername  ggf. Geschäftsbereich |  |  |  |  |  |  |  | FB 1  FB 2  FB 3  FB 4  FB 5  FB 6 | TP:  FP: |
| 02 | 01 600 |  |  |  |  |  |  |  |  | FB 1  FB 2  FB 3  FB 4  FB 5  FB 6 | TP:  FP: |
| 03 | 01 600 |  |  |  |  |  |  |  |  | FB 1  FB 2  FB 3  FB 4  FB 5  FB 6 | TP:  FP: |

|  |
| --- |
|  |

Ort, Datum, Name (in Druckschrift), Unterschrift