



Gersauerstrasse 21 **CH-6440 Brunnen** am Vierwaldstättersee
Tel. 0041 (0)41 825 10 10 Fax. 0041 (0)41 825 10 11 info@city-brunnen.com www.city-brunnen.com

Check-Liste für Seminare:

Dürfen wir Sie bitten, uns diese **Checkliste** ausgefüllt, zusammen mit einer Teilnehmerliste zu retournieren. So können wir Ihr Seminar optimal vorbereiten. Eine genaue **Teilnehmerliste mit Namen, Vornamen und Privatadresse** erleichtern ein Check-in ohne Formalitäten. Bitte geben Sie uns auch **die Adresse und Telefonnummer des Seminarleiters** an. Bitte geben Sie uns Absagen von Teilnehmern frühzeitig bekannt.

Firmenname: _____

Adresse und Telefon des Seminarleiters:

Ev. Raumbeschriftung: _____

ANKUNFT

Vorgesehene Ankunftszeit: _____ Uhr am _____ 20__

Wir beginnen mit:

<input type="checkbox"/> Seminar / Tagung	<input type="checkbox"/> Kaffee
<input type="checkbox"/> Lunch	<input type="checkbox"/> Apéritif
<input type="checkbox"/> Abendessen	

ABREISE

Vorgesehene Abreisezeit: _____ Uhr am _____ 20__

SEMINAR- UND TAGUNGSRÄUME

Plenum: Anzahl _____ für ca. _____ Personen

BESTUHLUNG

Plenum:

<input type="checkbox"/> Block	<input type="checkbox"/> U-Form	<input type="checkbox"/> Schulmässig	<input type="checkbox"/> ohne Tische
--------------------------------	---------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

MINERALWASSER

Im Plenarraum (inbegriffen) Ja Nein

SCHULUNGS-HILFSMITTEL

- | | | |
|---|---------------|------------------------------|
| | Plenum | zusätzlich |
| <input type="checkbox"/> Hellraumprojektor/Leinwand | Anzahl: 1 | Anzahl: _____ (gegen Gebühr) |
| <input type="checkbox"/> Flip-Chart | Anzahl: 1 | Anzahl: _____ (gegen Gebühr) |
| <input type="checkbox"/> Pinnwand | Anzahl: 1 | Anzahl: _____ (gegen Gebühr) |

Gegen Gebühr:

- | | |
|--|---------------|
| <input type="checkbox"/> Video/TV | Anzahl: _____ |
| <input type="checkbox"/> Mikrofonanlage drahtlos | Anzahl: _____ |
| <input type="checkbox"/> Diaprojektor/Leinwand | Anzahl: _____ |
| <input type="checkbox"/> Videokamera/TV | Anzahl: _____ |
| <input type="checkbox"/> Video Beamer/Leinwand | Anzahl: _____ |
| <input type="checkbox"/> weiteres:..... | Anzahl: _____ |
| <input type="checkbox"/> weiteres:..... | Anzahl: _____ |

ZEITPLAN DER VERPFLEGUNG / UHRZEIT (ungefähr)

	1. Tag	2. Tag	3. Tag	4. Tag	5. Tag
Frühstück (Zeit)					
Kaffeepause Vormittag (Zeit)					
Mittagessen (Zeit)					
Mittagessen (Anzahl Menus)					
Kaffeepause Nachmittag (Zeit)					
Apéritif (Zeit)					
Abendessen (Zeit)					
Abendessen (Anzahl Menus)					

Sind unter den Teilnehmern / Leiter

- | | | |
|--------------------|--|-------------------------------|
| Vegetarier | <input type="checkbox"/> Ja Anzahl _____ | <input type="checkbox"/> Nein |
| Streng-Vegetarier | <input type="checkbox"/> Ja Anzahl _____ | <input type="checkbox"/> Nein |
| Diät-verpflichtete | <input type="checkbox"/> Ja Anzahl _____ | <input type="checkbox"/> Nein |

VERRECHNUNG (bitte ankreuzen)

	Rechnung an Veranstalter	Bezahlung durch Teilnehmer
Seminarpauschalen		
Getränke zu den Mahlzeiten		
Getränke im Restaurant und Bar		
Telefon, Internet im Hotelzimmer		
Minibar		
Sonstiges.....		
Sonstiges.....		

