

**Anmeldung zum Zertifizierungsverfahren nach  
Gütesiegelverbund Weiterbildung e.V.  
Rezertifizierung**



**Name der zu zertifizierenden Einrichtung/Organisation:**

---

**Anschrift:**

---

**Träger der Einrichtung/Organisation:**

---

**Verantwortliche Leitung der zu zertifizierenden Einrichtung/Organisation**

Name: \_\_\_\_\_

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

Telefon: \_\_\_\_\_

**Qualitätsmanagementbeauftragte\*r**

Name: \_\_\_\_\_

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

Telefon: \_\_\_\_\_

**Anstreben der Zertifizierung nach folgendem QM-Modell**

- Branchenmodell Weiterbildung
- QM-Modell Bildungsdienstleistungen
- Ergänzung Bildungsstätten  
(für Einrichtungen/Organisationen mit eigenem Internatsbetrieb/Tagungshaus)
- Ergänzung BNE-Spezifikation
- Erweiterung AZAV (für Einrichtungen, die eine Träger- und Maßnahmenzertifizierung gemäß AZAV bei einer fachkundigen Stelle anstreben)  
optional: Fachkundige Stelle: (bitte tragen Sie hier die fachkundige Stelle ein, mit der Sie zusammenarbeiten)

---

**Zum Zertifizierungsverfahren**

- Basisverfahren                       Entwicklungsverfahren                      digitales/virtuelles Zertifizierungsverfahren
- Vorgespräch gewünscht                      Einrichtungen/Organisationen, die vom Basis- zum Entwicklungsverfahren wechseln möchten, müssen entweder ein Vorgespräch mit der Gutachterin\*dem Gutachter führen oder an der „Informationsveranstaltung zur Durchführung des Zertifizierungsverfahrens – Entwicklungsverfahren“ teilgenommen haben.

Geplanter Abschluss (ca.): \_\_\_\_\_      Gültigkeit des akt. Zertifikats: \_\_\_\_\_

**als Zertifizierung im Verbund mit:**

(für Einrichtungen/Organisationen, die sich im Verbund zusammenschließen und ein gemeinsames QMS anwenden)

**als Zertifizierung in gemeinsamer Trägerschaft mit:**

(für Einrichtungen/Organisationen vom selben Träger, die sich zusammenschließen und ein gem. QMS anwenden)

**Geltungsbereich der Zertifizierung**

Auflistung der Zweig-/Nebenstellen oder rechtlich/organisatorisch selbstständigen Teil-Einheiten eines Trägers

Bitte nutzen Sie ggf. ein Extrablatt für die Zusatzerklärungen.

Standort	Adresse	Anzahl des dort eingesetzten Personals
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Beschäftigte**

Gesamtzahl der Mitarbeiter\*innen in der Einrichtung/Organisation: \_\_\_\_\_  
(nach Personen)

Anzahl der Mitarbeiter\*innen\* im Geltungsbereich der Zertifizierung: \_\_\_\_\_  
(Vollzeitäquivalente)

\*Bitte nennen Sie uns hier die auf Vollzeitäquivalente umgerechnete Mitarbeitendenanzahl. Teilzeitkräfte werden dabei nach Anzahl der Arbeitsstunden/Woche in Vollzeitäquivalente umgerechnet (z.B.: Mitarbeiter\*in mit 30 Std./Woche = 0,75 Vollzeitstelle). Auszubildende und Bundesfreiwilligendienstler\*innen werden mit 0,2 Stellen auf die Vollzeitäquivalente angerechnet.

**Leistungsumfang**

Unterrichtsstunden (Ust) p.a.: \_\_\_\_\_

Teilnehmertage (TT) p.a.: \_\_\_\_\_

Veranstaltungen (VA) p.a.: \_\_\_\_\_

Projekte p.a.: \_\_\_\_\_

**Inhaltlicher Schwerpunkt der Einrichtung/Organisation**

- allgemeine Weiterbildung
- politische Bildung
- berufliche Bildung
- Sprachförderung
- Jugendbildung
- Jugendberufshilfe
- Familienbildung
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird bestätigt. Sie sind Bestandteil des Vertrags zur Durchführung des Zertifizierungsverfahrens.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Name der verantwortlichen Person