kodexkonform.de 2012

MICE AG
meeting • incentive • congress • event

Nachprüfung als Kodexzertifizierte Location für nur € 90,00 (Aktualisierung Ihrer Angaben)

✓ Für die turnusmäßige Prüfung als Kodexzertifizierte Location benötigen wir von Ihnen vorab folgende Informationen:

- **Locationname** _____
- **Klassifizierung DEHOGA** ◯ 1 Stern ◯ 2 Sterne ◯ 3 Sterne ◯ 4 Sterne ◯ 5 Sterne ◯ Superior
- **VDR-Zertifizierung: Certified Conference Hotel** ◯ Ja ◯ Nein
- **Hotelkategorie** ◯ Kettenhotel ◯ Businesshotel ◯ Schlosshotel ◯ Privathotel ◯ Sonstiges
  ◯ Wellnesshotel mit SPA-Bereich (mit Bezahlung) ◯ Wellnesshotel mit SPA-Bereich (ohne Bezahlung)
  ◯ Golfhotel mit eigenem Platz am Hotel ◯ Golfhotel ohne eigenem Platz am Hotel
- **Restaurant-Bewertung** Guide-Michelin-Sterne _____ Gault-Millau-Punkte _____
- **Anzahl Zimmer** Einzelzimmer _____ Doppelzimmer _____ Suiten _____
- **Tagungsräume** Anzahl _____ Kapazität aller Tagungsräume in qm _____ Kapazität größter Tagungsraum in qm _____
  Kapazität Theaterbestuhlung aller Tagungsräume _____
  Kapazität Theaterbestuhlung größter Tagungsraum _____
- **geschultes Personal** (unter Beachtung der FSA- und AKG-Kodizes) ◯ Ja (Zeitpunkt der Schulung _____ Anzahl Personen _____) ◯ Nein
- **Erreichbarkeit/Entfernung** Flughafen _____ km Bahnhof _____ km Autobahn _____ km
- **Kundenstruktur** Geschäftsreisende _____ % davon Tagungsgäste _____ %
  Privatreisende _____ % Leisure _____ %
- **Website** _____
- **Referenzen Pharmakunden** _____

Wurden in den letzten 12 Monaten bauliche Maßnahmen durchgeführt, welche die Ausrichtung bzw. Nutzungsmöglichkeiten Ihrer Tagungsstätte verändert haben (bspw. neues Wellnesscenter, neue Tagungsräume)? _____

Sind in den letzten 12 Monaten Änderungen an Ihrer Webseite durchgeführt wurden, die den Wellness-/Freizeitbereich gegenüber dem Business-/Conferencebereich stärker akzentuieren? _____

Wie entwickelte sich die Zusammenarbeit mit den Pharma-Unternehmen innerhalb des letzten Jahres (speziell: Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte und Apotheker)? ◯ mehr Buchungsanfragen ◯ gleichbleibend ◯ weniger Buchungsanfragen

Ihre Faxantwort an +49 30 206259-400

Ansprechpartner für Rückfragen bezüglich der Prüfung

Name, Vorname _____ E-Mail _____ Telefon _____

Ansprechpartner für Datenmaterial (falls abweichend)

Name, Vorname _____ E-Mail _____ Telefon _____

Rechnungsanschrift (falls abweichend)

Ansprechpartner _____ Firma _____

Adresse/Postfach _____ PLZ/Ort _____

Telefon _____ Telefax _____

2011_kf_Nachprüfung · 110527