

Averosa -
Deutsches Institut für Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung
(im weiteren – Institut Averosa)
Rückfax an - 034202/343029

Stempel der Einrichtung/des Dienstes (**Vertragspartner**)



**Vereinbarung über die Vergabe/Nutzung/Verwendung des Siegels „Bewegungsmonitoring
Deutschland – AGIL“**

1. Das Deutsche Institut Averosa vertreten durch den Inhaber Herrn Jens Frieß ist urheberrechtlicher Eigentümer des Siegels „Bewegungsmonitoring Deutschland – AGIL“, im weiteren „Siegel“.
2. Der Vertragspartner beabsichtigt die Nutzung des Siegels. Inhalt und Ablauf sind dem Vertragspartner bekannt. (jährliche Auditierung der Mobilitätsförderung – Qualitätsmanagement, pflegerisches Mobilitätsmonitoring Patient/Bewohner, Tagespflegegast; Mobilitätsmonitoring Pflegekräfte, Dokumentation von Risiken und Leistungen der Mobilitätsförderung).
3. Durch das Deutsche Institut Averosa erfolgt die Zertifizierung der bewussten Umsetzung der „Grundregeln der Mobilitätsförderung“. Nach positiver Bewertung erfolgt die Zuordnung des Siegels.
4. Der Vertragspartner erhält das Recht, das Siegel, die Urkunde und die Wort - Bildmarke für den Zeitraum dieser Vereinbarung auch in der Öffentlichkeit zu nutzen und zu verwenden. Die Wort - Bildmarke darf in Form, Aussehen und Farbe nicht verändert werden. Bei der Anwendung der Wort - Bildmarke in der Öffentlichkeit ist auf das Institut Averosa hinzuweisen (www.averosa.de).
5. Der Vertragspartner verpflichtet sich an der Qualitätssicherung des Siegels mitzuwirken. Die Qualitätssicherung und der Änderungsdienst obliegen dem Deutschen Institut Averosa.
6. Der Vertragspartner sichert die notwendige Ausbildung seiner Mitarbeiter im Bereich der Mobilitätsförderung durch das Deutsche Institut Averosa ab, hier gilt die aktuelle Preisliste, veröffentlicht auf der Homepage www.averosa.de.
7. Die Lizenzgebühr zur Nutzung des Siegels und der dazugehörenden Wort - Bildmarke beträgt monatlich/je Dienst bzw. Einrichtung: bis 50 Patienten/Bewohner – 125 €, bis 100 Patienten/Bewohner – 175 €, über 100 Patienten/Bewohner – 225 €, über 200 Patienten/Bewohner 275 €. Sie wird erstmalig nach Unterzeichnung dieser Vereinbarung und dann monatlich fällig. Gezahlte Beiträge werden auch bei Kündigung der Vereinbarung nicht erstattet. Bei QM-Kunden des Institut Averosa minimiert sich die Lizenzgebühr um 10 %.
8. Für die Auditierung bzw. notwendig werdender Nachauditierung sowie jährliche Kurzauditierung sind zuzüglich je Person und angefangener Stunde 95,00 € als Honorar und Aufwandsentschädigung zu leisten. An- und Abfahrtszeiten sind wie in Satz 1 zu leisten. Bei notwendig werdenden Fahrten im Sinne des Beratungszweckes leistet der Auftraggeber 0,95 € je gefahrenen Kilometer. Es können auch Flug- bzw. Bahnkosten und Übernachtungskosten fällig werden.
9. Alle Beträge, Kosten und Gebühren verstehen sich zuzüglich der gesetzlich vorgeschriebenen MwSt. und passen sich jährlich um 7,75 %, jeweils zum 01.07. des Jahres an.
10. Die Vereinbarung wird ab Unterzeichnung für 2 Jahre geschlossen und ist dann mit einer Kündigungsfrist von 6 Monaten zum Jahresende kündbar. Die Kündigung muss schriftlich erfolgen. Es gilt das Eingangsdatum beim Deutschen Institut Averosa.
11. Dem Vertragspartner sind die AGB des Deutschen Institut Averosa bekannt, diese sind auf der Homepage www.averosa.de hinterlegt. Der Vertragspartner erkennt diese AGB mit Unterzeichnung der Vereinbarung an. Änderungen der AGB gelten mit Veröffentlichung auf der Homepage www.averosa.de. Bei ungerechtfertigter Nutzung des Siegels entsteht Schadensersatzpflicht.
12. Ich/Wir genehmigen die Veröffentlichung der Anwendung des Siegels auf der Homepage www.averosa.de.

☐ ja ☐ nein

Datum: **Funktion:** **Unterschrift:**

(V 002)

Averosa -
Deutsches Institut für Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung
(im weiteren – Institut Averosa)
Rückfax an - 034202/343029

Stempel der Einrichtung/des Dienstes (**Vertragspartner**)



®

**Vereinbarung über die Vergabe/Nutzung/Verwendung des Siegels „Bewegungsmonitoring
Deutschland – AGIL“**

Anlage: Übersicht der einbezogenen Einrichtungen und Dienste

lfd. Nr.	Einrichtung /Dienst	Anzahl der Bewohner bzw. Patienten

Datum: **Funktion:** **Unterschrift:**

(V 002)