

An den  
Salzburger Amateurtheaterverband  
Bergstraße 12  
5020 Salzburg  
E-Mail: [vorstand@sav-theater.at](mailto:vorstand@sav-theater.at)



SALZBURGER  
AMATEURTHEATER  
VERBAND  
Theaterwerkstatt  
Coaching

## Ansuchen für die „Theaterwerkstatt - Coaching“

Wir, \_\_\_\_\_  
*Gruppen- oder Ensemblename*

ersuchen um Unterstützung im Rahmen der vom Salzburger Amateurtheaterverband  
ausgeschriebenen Aktion „Theaterwerkstatt–Coaching“ für die geplante

Produktion \_\_\_\_\_

Regie \_\_\_\_\_

Als Coach für den Bereich \_\_\_\_\_

haben wir Herrn/Frau \_\_\_\_\_ verpflichtet.

Die Premiere findet am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ statt.

### Ziel:

Eine geplante Theaterproduktion soll in einem Teilbereich unterstützt werden. Diese Theaterwerkstatt kann auch als Unterstützung für Regie mit einem Probenaufwand unter 75 Probenstunden genutzt werden.

### Wir verpflichten uns, folgende Richtlinien einzuhalten:

1. Der Coach unterstützt den/die Regisseur/in oder das Ensemble bei der Erarbeitung einer Produktion.
2. Schriftliche Anmeldung bis zum 31. Jänner für das laufende Kalenderjahr per Post oder E-Mail.
3. Mindestens 2. Jahr Mitglied des SAV (Mitgliedsbeitrag für das laufende Jahr bereits bezahlt)
4. Logo „SAV – Theaterwerkstatt Coaching“ auf Plakaten und Programmen.

### Die Auszahlung / Unterstützung

1. von max. 50% des Coachinghonorars oder max. EUR 600.- obliegt dem Vorstand. Sie beruht auf den budgetären Möglichkeiten des Verbandes und bedingt die Einhaltung der obigen Richtlinien.
2. erfolgt nach stattgefundener Premiere.
3. bedingt einen Nachweis über die erfolgte Premiere. Dieser muss spätestens 1 Monat danach erfolgen. Geeignete Nachweise sind Programme, die Honorarnote des Coaches und der Zahlungsbeleg und ein kurzer schriftlicher Bericht. Diese Theaterwerkstatt kann nicht in Kombination mit der Theaterwerkstatt Regie in Anspruch genommen werden.

### Beeinspruchung

Der Vorstandsentscheid kann mittels Schiedskommission analog § 15 der Vereinsstatuten des SAV beeinsprucht werden. Die Schiedskommission setzt sich aus Personen, die nicht dem SAV angehören, zusammen.  
Einspruchsfrist: 10 Tage ab der schriftlichen Mitteilung.

Bankverbindung: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

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

Adresse / PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift