



# FORMULAR ZUR DAB+-BEDARFSABFRAGE

## 1. Angaben zum Anbieter

Felder mit einem \* sind Pflichtfelder

Name:\*

Rechtsform:

Anschrift:\*

E-Mail:\*

## Gesetzliche Vertreter

Anrede:\*

Frau     Herr

Titel:

Vorname:\*

Nachname:\*



## Anwaltlicher Vertreter

Vorname:

Nachname:

Anschrift:

## Kooperationsmodell

Modellbeschreibung:



## 2. Angaben zu Angeboten

Felder mit einem \* sind Pflichtfelder

Es besteht Bedarf für folgende(s) Angebot(e):\*  
(Mehrfachauswahl möglich)

- Ein oder mehrere eigene Hörfunkprogramme  
(Sollten Sie mehrere Hörfunkprogramme anbieten, beschreiben Sie diese bitte in einem separaten Dokument, das Sie als Anlage hinzufügen.)

### Geplante Hörfunkprogramme

Programmname:\*

Programmart:\*

- Spartenprogramm  
 Vollprogramm

Zusatzdienste:

Beschreibung des Programms:\*



Anzahl an Capacity Units (CUs):\*  
(Max. 864)

Bitte wählen Sie eine Präferenz:

- Bevorzugt wird die Einzelzuweisung von Übertragungskapazitäten.
- Bevorzugt wird die Verbreitung über eine Plattform.

Rundfunkrechtliche Zulassung

Das Hörfunkprogramm/ Die Hörfunkprogramme...\*

- ...verfügt/ verfügen bereits über eine rundfunkrechtliche Zulassung.  
Bitte als Anlage beifügen.
- ...verfügt/ verfügen noch nicht über eine rundfunkrechtliche Zulassung. Diese soll im Rahmen eines evtl. Zuweisungsverfahrens beantragt werden.

---

Plattformbetrieb

Bitte beschreiben Sie, mit welchen Programm- und Telemedienangeboten die Plattformen belegt werden sollen (fügen Sie bitte eventuelle Vereinbarungen hinzu): \*



Bitte geben Sie hierfür die benötigten Gesamt-Übertragungskapazitäten in CUs an:\*

*(Bitte beachten Sie, dass in einem DAB-Multiplex maximal 864 Capacity Units zur Verfügung stehen.)*

Plattformname:

Auswahl des Sendernetzbetreibers:\*

- Die eigene Auswahl des Sendernetzbetreibers ist Voraussetzung.
- Die Auswahl des Sendernetzbetreibers durch die BNetzA ist akzeptabel.

---

Ein oder mehrere Telemedienangebote

(Sollten Sie mehrere Telemedienangebote anbieten, beschreiben Sie diese bitte in einem separaten Dokument, das Sie im Anhang hinzufügen.)

Geplantes Telemedienangebot:

Inhaltliche Beschreibung des Telemedienangebots:\*



Anzahl der hierfür benötigten Capacity Units (CUs):\*  
(max. 864)

---

Bevorzugte Verbreitung bzw. Zuweisung:\*

- Bevorzugt wird die Einzelzuweisung von Übertragungskapazitäten.
- Bevorzugt wird die Verbreitung über eine Plattform.

### 3. Versorgungsstruktur

*Felder mit einem \* sind Pflichtfelder*

Für das Vorhaben wäre die folgende Versorgungsstruktur am besten geeignet:\*

- Eine landesweite einheitliche Bedeckung.
- Eine landesweite, in Regionen eingeteilte Bedeckung, bestehend aus
  - den 9 Regionen gem. DAB+-Bedarfsstrukturkonzept der Länder.
  - einer vom DAB+-Bedarfsstrukturkonzept abweichenden Anzahl oder Aufteilung der Regionen.

Nähere Angaben zur Aufteilung in den Regionen:\*



- Das Angebot richtet sich nur an die Bevölkerung in folgender Region/ folgenden Regionen: Bitte die Regionen aufzählen!

### Versorgungsziele\*

*Felder mit einem \* sind Pflichtfelder*

Zu wie viel Prozent soll die Versorgung mit DAB+ die Fläche des angestrebten Versorgungsgebietes, den portablen/ mobilen Empfang ermöglichen?\*

 %

Wie viel Prozent der Bevölkerung innerhalb des angestrebten Versorgungsgebietes sollen auch innerhalb von Gebäuden Empfang haben?\*

 %

Weitere Versorgungsziele:

- Das Teilgebiet Nordrhein-Westfalens, in dem das Angebot verbreitet werden soll, weicht vom DAB+-Bedarfsstrukturkonzept ab. Bitte Beschreibung des Zielgebietes angeben!



## 4. Sonstiges

Felder mit einem \* sind Pflichtfelder

Für wie viele Jahre wird die Zuweisung von Übertragungskapazitäten angestrebt?\*

(Zuweisung in Abhängigkeit der Zuordnung für max. 10 Jahre möglich.)

Jahre

Bitte geben Sie Ihre wirtschaftlichen Erwartungen an, die Sie mit dem geplanten Angebot verbinden:\*

Sonstige Anmerkungen und Anregungen:



Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular sowie Ihre angehängten aussagekräftigen Belege **bis zum 29.10.2018** an folgende Adresse:

**Landesanstalt für Medien NRW**  
**Stichwort: Call for Interest DAB+**  
**Postfach 10 34 43**  
**40025 Düsseldorf**

**Fax: 0211 / 77 007-389**  
**dab@medienanstalt-nrw.de**

**Wir bedanken uns für die Übermittlung Ihrer Angaben und Unterlagen. Nach entsprechender Prüfung erhalten Sie eine schriftliche Rückmeldung.**