

Erklärung

über die Erfüllung der Weiterbildungsverpflichtung
nach § 34 d Abs. 9 S. 2 GewO i. V. m. § 7 Abs. 1 VersVermV
für das Jahr _____

1. Angaben zum/zur Unternehmer(in)/ zur Firma:

Versicherungsvermittlerregisternummer:
Name, Vorname/n* bzw. Firmenbezeichnung (falls im Handelsregister eingetragen – Name mit Rechtsformzusatz):
Handelsregistergericht und -nummer (falls vorhanden):
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort:
Telefon, Mobilfunknummer, Telefax, E-Mail (für eventuelle Rückfragen):

*bitte geben Sie Ihr Geburtsdatum mit an

Ich bestätige, dass die umseitig aufgeführte/n Weiterbildungsmaßnahme/n der Verpflichtung zur Weiterbildung nach § 34 d Abs. 9 S. 2 GewO entsprechen.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Gewerbetreibenden

Hinweis:

Bitte senden Sie uns das Formular ausschließlich an folgende E-Mail-Adresse:
versicherungsvermittler@ihk-potsdam.de.

Die von Ihnen hier angegebenen Daten werden von der IHK nur im Rahmen der Tätigkeit als Aufsichtsbehörde nach § 34 d GewO verarbeitet.

2. Bezeichnung der Weiterbildungsmaßnahme(n):

Datum	Inhalt/ Bezeichnung der Weiterbildungsmaßnahme	Umfang in Zeitstunden (h:min)	Weiterbildungsanbieter

Sollte die Zeilenanzahl nicht ausreichend sein, verwenden Sie bitte ein weiteres Beiblatt oder Formular.