



<b>Planung:</b>	<b>Stunden</b>
<b>Durchführung:</b>	<b>Stunden</b>
<b>Kontrolle:</b>	<b>Stunden</b>
<b>Auftragsbezogene Unterlagen:</b>	<b>Stunden</b>
Summe	

**Wir bestätigen, dass die Durchführung und die Funktions- und Sichtkontrolle des Prüfungsprodukts in unserem Unternehmen gewährleistet ist.  
Die in den auftragsbezogenen Unterlagen dargestellten Inhalte des Prüfungsprodukts dürfen im Rahmen des Fachgesprächs dem Prüfungsausschuss dargestellt werden.**

\_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Stempel/Unterschrift Verantwortliche/-r für das Prüfungsprodukt

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

**Geplanter Durchführungszeitraum nach Genehmigung:**

von:

bis:

**Nur vom Prüfungsausschuss auszufüllen**

Das Prüfungsprodukt ist

genehmigt

genehmigt unter Vorbehalt  
(Auflagen siehe unten)

abgelehnt  
(Begründung s. u.)

\_\_\_\_\_

Ort

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift Prüfungsausschuss

**Bei Ablehnung bzw. Genehmigung unter Vorbehalt:**