

KOSTENÜBERNAHMEBESTÄTIGUNG FÜR DIE TEILNAHME AN EINER SACHKUNDEPRÜFUNG

PERSÖNLICHE ANGABEN ZUM PRÜFUNGSTEILNEHMER

Hiermit wird die Übernahme der Prüfungsgebühr für:

Vorname: *

Nachname: *

Prüfung: *

Prüfungstag: *

BESTÄTIGUNG DES RECHNUNGSEMPFÄNGERS

bestätigt durch:

Name und Anschrift des Rechnungsempfängers: *

Ort, Datum: *

Stempel/Unterschrift Rechnungsempfänger: *

HINWEIS

Falls die Gebühren nicht von Ihnen übernommen werden, muss das Kostenübernahmeformular vollständig ausgefüllt, hochgeladen werden. Falls kein unterschriebenes Gebührenübernahmeformular hochgeladen wird, werden Sie von uns als Selbstzahler geführt.

PFLICHTANGABEN

Alle Felder, die mit einem * gekennzeichnet sind, sind Pflichtfelder und müssen ausgefüllt werden!