

Familienname: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/ Ort: _____

Nationalität: _____

Geb.- Datum: _____

Geburtsort: _____

Tel.- Nr. (1): _____

Tel.- Nr. (2): _____

E- Mail: _____

Beruf: _____

Firma/Schule: _____

ICH MÖCHTE DEN FÜHRERSCHEIN FÜR DIE KLASSE(N)MACHEN.

ICH BESITZE BEREITS DEN FÜHRERSCHEIN DER KLASSE(N)

Kurs: _____

Die Ausbildung erfolgt zu den auf dem Tarifaushang angeführten Preisen.
Die Zahlung der Ausbildungskosten und Prüfungsgebühren ist bis spätestens am Prüfungstag fällig.

Mit dieser Unterschrift stimmen Sie den aktuellen Datenschutzerklärungen zu und Sie sind damit einverstanden, dass wir ihr Arztgutachten der Behörde digital übermitteln dürfen. Nähere Infos entnehmen Sie bitte unseren Aushängen in der Fahrschule und am Übungsplatz.

.....
Datum

.....
Unterschrift