

TEST CENTRE AMBERG info@testcentre-amberg.de

Herrnstraße 6
92224 Amberg
09621-602584 Fax: 09621-602579



VERBINDLICHE ANMELDUNG

Prüfung / Termin _____ Gebühren _____ €

Zertifikat (zzgl. 15 €) ja nein Geburtsdatum _____

Name, Vorname _____

Straße _____

PLZ _____ Wohnort _____

E-Mail _____

Telefon _____

Anmeldung bis spätestens 14 Tage vor dem gewünschten Prüfungstermin. Nach Eingang Ihrer Anmeldung erhalten Sie eine Bestätigung und die Rechnung per Post. Ein Rücktritt von der Prüfung ist nur im Krankheitsfall möglich. Bitte senden Sie ggf. baldmöglichst nach dem Prüfungstermin ein ärztl. Attest ein, Sie bekommen die Prüfungsgebühren abzüglich 25 € Stornogebühren zurückerstattet.

Teilnahme und Stornobedingungen akzeptiert _____
Unterschrift

Ich versichere mit meiner Unterschrift auch, dass ich die o.g. Prüfung zum ersten Mal ablege.

Datum und Unterschrift
zur Prüfungsanmeldung _____