

**Antragsformular Prüfungsentgelt für Fachprüferinnen und Fachprüfer
gem. § 10 Abs. 1 Nr. 4 Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung (PflAPrV)**

1. Persönliche Daten

Name	Vorname	
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort
Telefon/Handy	E-Mail-Adresse	
Steuer-ID		

2. Bankverbindung

Kreditinstitut	Kontoinhaber	
IBAN		BIC

3. Erklärung zum Datenschutz

Mit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zum Zwecke der Abrechnung und Auszahlung der Prüfungsentgelte gemäß der Verordnung für Entgelte bei Prüfungen für medizinische, pharmazeutische Hilfsberufe und für Hebammen/ Entbindungspfleger (Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz vom 17. September 2007 Az.: 321-G8570.16/2007/2-8) bin ich einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin

