



Prüfstelle (Name, Anschrift, Kennziffer)

Kreisvolkshochschule Offenbach
Frankfurter Str. 160-166
63303 Dreieich

Teilnehmermeldebogen Einbürgerungstest

Angaben des Teilnehmers

Anrede <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Name	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsland	Geburtsort
Anschrift (Straße, Hausnummer)		Postleitzahl, Ort
Einbürgerungsantrag Ich habe einen Einbürgerungsantrag <input type="checkbox"/> gestellt <input type="checkbox"/> nicht gestellt.		
Einbürgerungsbehörde:		
Einbürgerungskurs Ich habe an einem Einbürgerungskurs <input type="checkbox"/> teilgenommen <input type="checkbox"/> nicht teilgenommen.		

Mit meiner Unterschrift melde ich mich verbindlich zur Teilnahme am unten genannten Einbürgerungstest an. Mit der Zahlung der Kostenpauschale i. H. v. 25,- Euro sowie der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten durch das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge zum Zweck der Testabwicklung erkläre ich mich einverstanden.

Ort, Datum	Unterschrift des Teilnehmers
------------	------------------------------

Angaben zum Einbürgerungstest (von der Prüfstelle auszufüllen)

Prüfungsort (Anschrift) Haus des Lebenslangen Lernens, Frankfurter Str. 160 - 166, 63303 Dreieich		
Raumnummer	Datum des Prüfungstermins	Uhrzeit des Prüfungstermins 17:00 – 18:00 Uhr
<input checked="" type="checkbox"/> Die Kostenpauschale von Euro 25,00 wurde durch den Teilnehmer entrichtet.		
Ort, Datum	Unterschrift der Prüfstelle (Kursträger)	
Dreieich,		

Kontaktdaten für eventuelle Rückfragen:

Telefonnummer: _____

Email-Adresse: _____

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Unsere Gläubiger-Identifikationsnummer: DE84ZZZ00000096815

Ihre Mandatsreferenznummer wird Ihnen mit der ersten Vorabankündigung zum tatsächlichen Lastschrifteinzug noch mitgeteilt.

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige die Kreiskasse Offenbach Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Kreiskasse Offenbach auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut (Name und BIC)

DE __ | ____ | ____ | ____ | ____ | __
IBAN

Datum, Ort und Unterschrift

Das SEPA-Lastschriftmandat ist nur im Original gültig, daher bitte per Post schicken oder persönlich abgeben!