

Prüfstelle (Name, Anschrift, Kennziffer)  
vhs Kreis Offenbach  
Frankfurter Str. 160-166  
63303 Dreieich-Sprendlingen  
62774

**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) Frankfurter Str. 160 - 166, 63303 Dreieich		
Raumnummer Aula	Datum des Prüfungstermins	Uhrzeit des Prüfungstermins
<input type="checkbox"/> Die Kostenpauschale von Euro 25,00 wurde durch den Teilnehmer bezahlt.		
Ort, Datum Dreieich,	Unterschrift der Prüfstelle ( Kursträger)	

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!