



Bayerische Landesamt für Pflege

Anerkennungsverfahren

Referat 12: Sachbearbeitung und Gleichwertigkeitsprüfung

Mildred-Scheel-Straße 4

92224 Amberg

Kostenübernahme-Erklärung

Kostenträger (bei Privatperson)

Name, Vorname der Privatperson

Straße, Hausnummer

Postleitzahl Ort

ODER

Kostenträger (bei Unternehmen)

Vollständiger Name des Unternehmens laut Handelsregister inkl. Rechtsform

Name, Vorname des/der Ansprechpartners/-in im Unternehmen

Firmenanschrift: Straße, Hausnummer

Postleitzahl Ort

Erklärung

Hiermit erkläre ich, die beim oben genannten Bayerischen Landesamt für Pflege entstehenden Gebühren und Auslagen nach dem Kostengesetz für die im Zusammenhang mit dem Anerkennungsverfahren als „Pflegefachfrau“ / „Pflegefachmann“ / „Pflegefachperson“ durchzuführenden Amtshandlungen für folgende Person zu übernehmen:

Name

Vorname

Geburtsdatum

Ausbildungsland

Ort, Datum

Unterschrift Privatperson oder
Unterschrift Ansprechperson Firma

Firmenstempel
