



Bayerisches Landesamt für Pflege
Anerkennungsverfahren
Mildred-Scheel-Str. 4
92224 Amberg

Kostenübernahmeerklärung

Kostenträger

Name, Vorname oder Institution mit Angabe des Ansprechpartners

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 zur „Pflegefachfrau“ oder zum „Pflegefachmann“ durchzuführenden Amtshandlungen für folgende Person zu übernehmen:

Name

Vorname

Geburtsdatum

Ausbildungsland

Ort, Datum

Unterschrift