



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

Kostenübernahme-Erklärung

Kostenträger (bei Privatperson)

Name, Vorname der Privatperson

Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

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