

KOSTENÜBERNAHMEERKLÄRUNG

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Stamm-Nr bzw. Kunden-Nr.: _____

Ausbildungsbetrieb: _____

Ausbildungsberuf: _____

Maßnahme Zeitraum: _____

Den halbjährlichen Kostenbescheid richten Sie bitte an:

Name des Kostenträgers: _____

Anschrift des Kostenträgers: _____

Zuständige(r) Bearbeiter(in) _____

Telefon: _____

Datum / Unterschrift