

(Kopiervorlage)

B

Lehrgangsbez.: **Vorbereitungs- u. Verwaltungslehrgang**

Auftraggeber (vollst. Anschrift für Rücksendung)

Ansprechpartner/in
(Sachbearb.) mit Tel. Nr.:

Lehrgangsbeginn **Lehrgangsort:**
09 / 2010 Magdeburg

Teilnehmer/in (Name, Vorname):

Geburtsdatum- und Ort:

Einstellungsdatum:

Minderung der Erwerbsfähigkeit (Grad der SchwBeh.):

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift)



Sachbearbeitung:
Herr Klunker
Tel.: (0391) 56540-43
Fax: (0391) 56540-21

Rückantwort

Studieninstitut für kommunale
Verwaltung Sachsen-Anhalt e. V.
Albrechtstr. 7 - Postfach 40 26

39015 MAGDEBURG

*) Nichtzutreffendes bitte streichen!